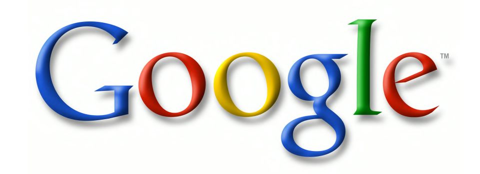
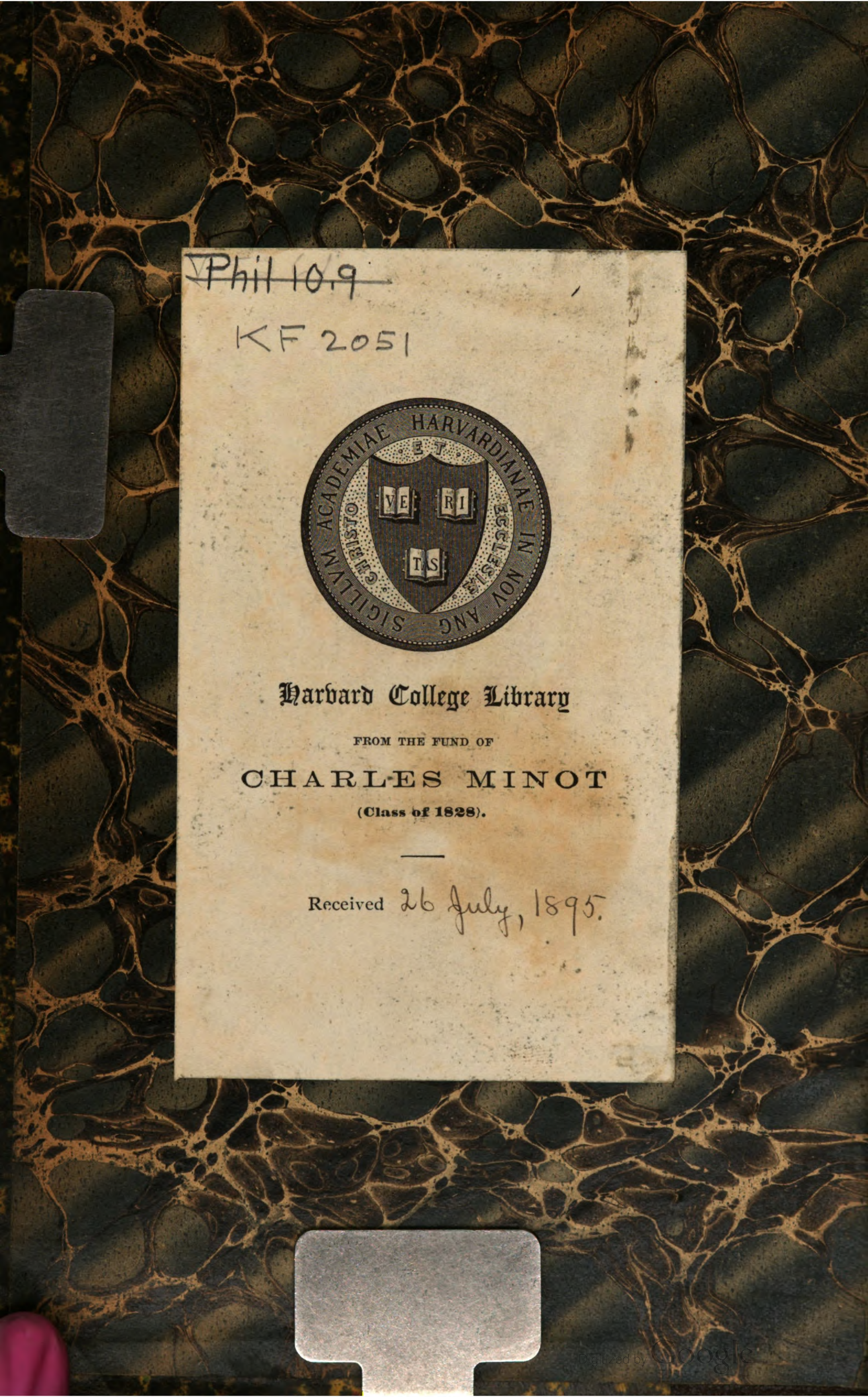
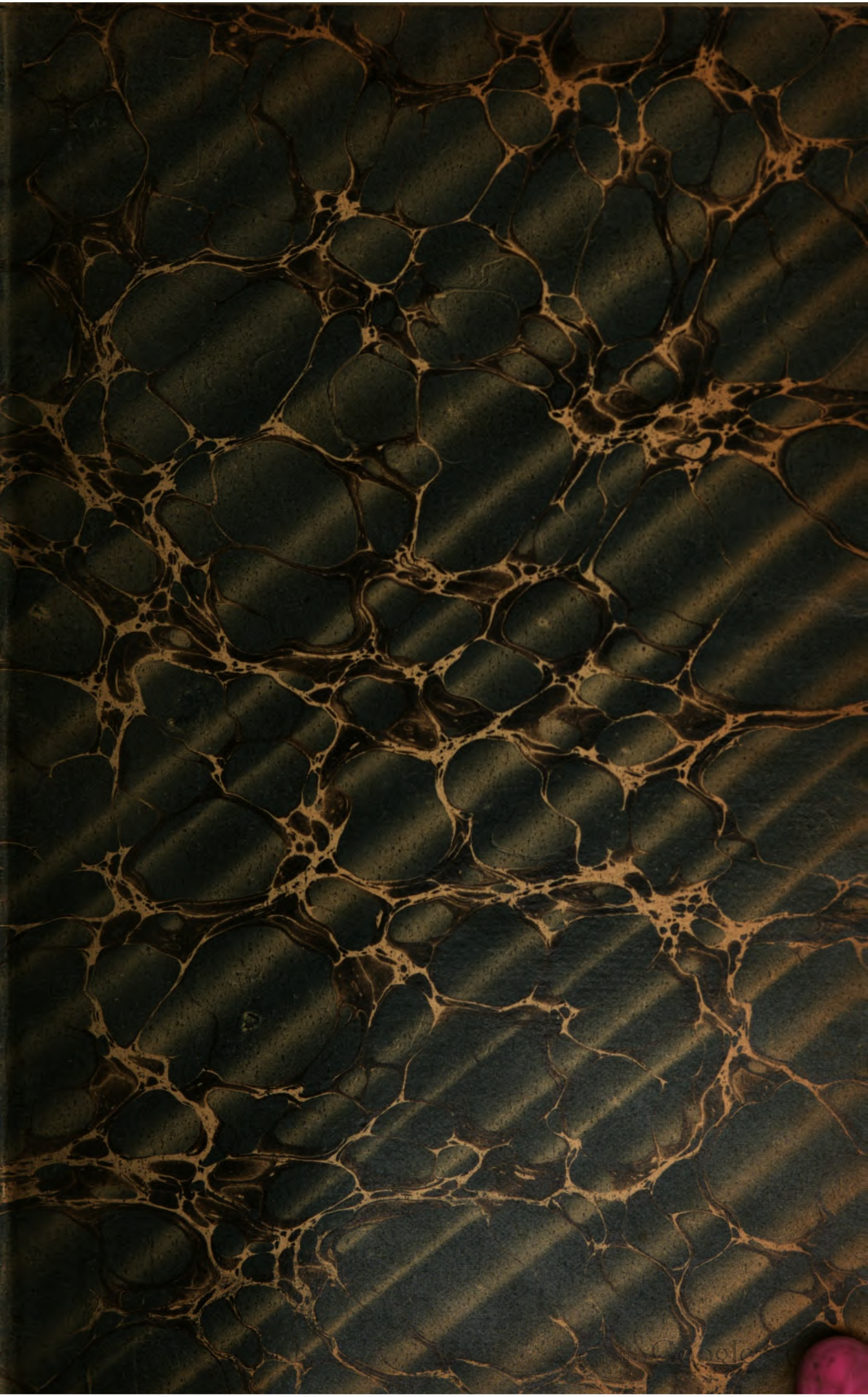



Archives de neurologie


SIGILLVM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV ANG
CHRISTO ET ECCLESIAE
VE RI TAS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BONNAIRE (E. BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COTARD, DANILLO, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DENY, DURET, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GÉRENTE, GOMBAULT, GRASSET, HUCHARD, JOFFROY (A.), KAHN (T.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LEFLAIVE, LEGRAND DU SAULLE, MAGNAN, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MAYGRIER, MAYOR, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PIERRET, PIGNOL, PITRES, POPOFF, RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, TALAMON, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), WUILLAMIÉ.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**
Dessinateur : **LEUBA.**

Tome VIII. — 1884.

Avec 9 planches en couleur et 12 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1884

Vol. VIII. Juillet 1884. N° 22.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DU SIÈGE ET DE LA DIRECTION DES IRRADIATIONS CAPSULAIRES CHARGÉES DE TRANSMETTRE LA PAROLE;

Par le Dr BITOT, professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Dans la région antérieure ou frontale du cerveau, les irradiations capsulaires se comportent d'une façon tout autre que dans les régions moyenne et postérieure.

D'après l'opinion générale, la couronne rayonnante de Reil se composerait d'une infinité de rayons chargés de rattacher chaque point de l'écorce à la moelle épinière ou aux ganglions de la base. Cette brillante conception a servi de fondement à divers systèmes, parmi lesquels ceux de Meynert et de Luys occupent le premier rang. Ils sont trop connus pour qu'il soit utile de rappeler en quoi ils consistent. — Qu'il me suffise de faire remarquer qu'ils ne sont pas en harmonie avec les faits. Ceci est particulièrement vrai pour la région antérieure ou frontale, j'entends pour le bloc de l'hé-



misphère situé en avant du plan transversal et vertical passant par l'extrémité antérieure de la couche optique.

Nous rappelons que, dans notre étude sur la capsule interne [1], nous avons démontré les propositions suivantes: Toutes les irradiations capsulaires frontales se présentent sous la forme de lignes courbes plongeant vers la base (lobule orbitaire). Conséquemment, ni la troisième circonvolution frontale, gauche ou droite, ni l'extrémité antérieure de l'insula de Reil, n'en reçoivent aucune. Presque toutes ces courbes restent, dans tout leur parcours, intrinsèques aux noyaux de la base.

Quelques-unes, les plus longues et les plus élevées, débordent les noyaux, leur deviennent extrinsèques, et longent la partie antérieure du bord externe du ventricule latéral. Je les appelle extra-nucléaires.

On n'est donc pas fondé à soutenir, que, dans le lobe antérieur, le pied de la couronne rayonnante répond au bord externe du noyau caudé. Ce prétendu pied, formé par une série de points, de sortie ou d'entrée, n'existe pas; il est remplacé par un tractus longitudinal de quelques millimètres de largeur, sur lequel est basé le travail actuel.

Ce tractus se voit sur la coupe horizontale (Pl. I), pratiquée à un centimètre au-dessous de la face supérieure du corps calleux. Les courbes qui forment les éléments de ce tractus sont manifestes sur la coupe antéro-postérieure (Pl. II), pratiquée à deux centimètres en dehors de la ligne médiane.

La coupe transversale (Pl. IV), à deux centimètres en arrière du genou du corps calleux, montre la section

[1] *La capsule interne et la couronne rayonnante de Reil.* (*Archives de Neurologie*, t. I, p. 524, 1881).

du tractus perpendiculaire à sa direction. Nous ne connaissons pas d'endroit où les irradiations capsulaires se prêtent mieux à l'étude qu'ici où elles font, pour ainsi dire, bande à part, en dehors des noyaux de la base.

Dans ce travail, notre but est d'établir cliniquement: que les fibres, sans lesquelles la parole ne peut être exprimée, se trouvent dans le tractus précédent; et que ces fibres ne se rendant pas à l'écorce de la troisième frontale, cette écorce ne constitue pas le centre du langage articulé.

Pour apprécier comme il convient les observations cliniques qui se rapportent aux faits anatomo-pathologiques concernant le tractus, il importe d'abord d'établir la topographie de la région à laquelle ce tractus appartient.

I.

Topographie de la portion du centre ovale comprise entre le bord externe du ventricule latéral en dedans, la troisième circonvolution frontale et la partie antérieure de l'insula de Reil, en dehors.

Cette région appartient aux trois premières zones mésolobaires d'un centimètre d'épaisseur. Vu la précision réclamée par les recherches anatomo-pathologiques, j'admettrai un district pour chaque zone, et, dans chacun de ses districts, je tiendrai compte de l'épaisseur du centre ovale par la mesure de trois distances, ayant pour point commun le milieu de la ligne

fornicato-sylvienne[1], ligne dont je me sers comme point de repère, pour limiter en dehors les irradiations capsulaires que j'ai en vue.

Ces trois distances s'étendent donc du milieu de cette ligne : la première au fond de la deuxième scissure frontale, pour les deux premières zones; au fond de la scissure précentrale, pour la troisième zone; la deuxième à la convexité de la troisième frontale, pour les deux premières zones; à la convexité de la quatrième frontale, pour la troisième zone; et la troisième, au fond de la partie supérieure de la scissure de Sylvius.

1er District. — *Coupe à un centimètre en arrière du genou du corps calleux*. (Pl. III) :

Les trois distances mesurent ici : la première, 13 millimètres, la deuxième, 27, et la troisième, 5. Elles coupent toutes les trois, nécessairement, les fibres de Gratiolet, plus les deux premières, les fibres d'association antéro-postérieures externes et les fibres transversales du corps calleux. Les irradiations les plus élevées de la capsule interne occupent l'espace compris entre la ligne fornicato-sylvienne et le bord externe du ventricule latéral.

Notons que, de toutes les fibres du centre ovale, les irradiations capsulaires seules sont de nature active, c'est-à-dire susceptibles de produire des manifestations rapides et permanentes, quand elles sont détruites; des manifestations temporaires seulement, quand elles sont influencées par des altérations de voisinage. Toutes les

[1] La ligne fornicato-sylvienne s'étend du fond de l'anfractuosité supérieure de la circonvolution du corps calleux à la partie la plus élevée de la scissure de Sylvius.

autres catégories de fibres sont de nature *latente*, *silencieuse* ou *passive*. Ce sont les termes dont les auteurs se servent pour exprimer non pas la nullité, mais la lenteur et la traîtrise du retentissement qui résulte de leur lésion.

Pour se faire une juste idée des fibres d'association et de celles de Gratiolet, il suffit de jeter un coup d'œil sur la planche VIII du tome II de mon travail sur la capsule interne[1]. La planche V du même travail donne une idée de l'épaisseur des fibres descendantes du corps calleux. Le commencement de l'avant-mur et du noyau lenticulaire y ont disséqué le fasciculus-uncinatus, la capsule externe et la capsule interne.

2ᵉ DISTRICT. — *Coupe à deux centimètres en arrière du genou du corps calleux*. (PL. IV) :

La première distance mesure 10 à 15 millimètres ; la deuxième, 30 à 35 ; la troisième, 15.

Ici les dépôts gris de l'avant-mur et de la lentille dissocient franchement les éléments du centre médullaire. Une partie de la capsule externe se continuant en haut avec les fibres arquées (voir *Topographie cérébrale*, deuxième zone, face postérieure[2]), nous pouvons, en retranchant la différence de l'épaisseur de cette capsule obtenir fidèlement l'épaisseur des fibres descendantes du corps calleux. Ces fibres ont notablement diminué comparativement aux fibres correspondantes du premier district; elles ne mesurent qu'un millimètre à peu près, au moment où elles contournent les expansions

[1] *Essai de topographie cérébrale*. (*Progrès médical*, 1878.)

[2] *Loc. cit.*

capsulaires les plus élevées. Tout ce qui est en dehors de ces expansions est *latent*, tandis que ces expansions elles-mêmes sont *actives*.

La Planche IV comble l'un des désidérata contenus dans mon travail sur la capsule; elle permet en effet de distinguer les expansions capsulaires les plus élevées. De plus, elle m'offre l'occasion de faire observer que la ligne fornicato-sylvienne ne possède sa valeur que tout autant que la symétrie existe entre les deux circonvolutions du corps calleux (gyri-fornicati).

Il n'est donc pas surprenant que, sur cette zone la ligne en question coupe les faisceaux, au lieu de les effleurer, du côté gauche, puisque la circonvolution du corps calleux de ce côté, se trouvant atrophiée, a dû inévitablement amener la déclivité anormale de l'anfractuosité sus-jacente.

Quand cette ligne sera consultée, il ne faudra donc pas perdre de vue l'état respectif des circonvolutions du corps calleux.

3e District. — *Coupe à trois centimètres en arrière du genou du corps calleux.* (Pl. V) :

La première distance mesure 10 millimètres; la deuxième, 30; la troisième, 10. A ce niveau, la région se modifie. — Dans les deux zones précédentes, la section coupait trois frontales (les trois premières); dans celle-ci, elle n'en coupe que deux : la partie postérieure de la première et les deux tiers inférieurs environ de la quatrième. Il faut noter que l'épaisseur horizontale de la capsule interne, au lieu de mesurer 5 millimètres, en mesure 8.

De nouveaux éléments se trouvent donc associés à

ceux que nous avons rencontrés jusqu'ici, et matériellement, les lésions du centre médullaire adjacentes au bord externe du ventricule latéral dans ce district devront donner lieu à un plus grand nombre de troubles ou à des troubles plus intenses que ceux observés dans les deux premiers districts. Dans un prochain travail, nous verrons quelle est la disposition respective des faisceaux capsulaires à ce niveau et comment ils fonctionnent. Maintenant, nous faisons seulement remarquer que la coupe porte sur l'extrémité antérieure de la couche optique, point limite pour nous entre le lobe frontal et le lobe pariétal.

En somme, dans les trois premières zones mésolobaires d'un centimètre d'épaisseur, zones qui, contenant, sur le trajet du bord externe du ventricule latéral, les agents de transport de la parole, correspondent particulièrement à la troisième frontale, à une partie de la quatrième et à la partie antérieure de l'insula, le centre ovale est constitué par deux parties, l'une *active* et l'autre *passive*, l'épaisseur de cette dernière l'emportant notablement sur celle de l'autre.

Partie active.	Les faisceaux capsulaires extra-nucléaires, comprenant un cylindre de cinq millimètres environ.
Partie passive ou *latente.*	Les faisceaux descendants du corps calleux qui embrassent les précédents pour aller former en partie la capsule externe, deux millimètres environ. Les faisceaux d'association antéro-postérieurs externes. Les fibres arquées de Gratiolet.

On ne s'éloigne pas ou on s'éloigne peu de la vérité, en accordant une épaisseur égale à chacune de ces deux dernières parties. Je me contente de mentionner les fibres transversales du corps calleux, parce qu'elles ne peuvent modifier la largeur du district.

Telles sont, la situation, la direction et l'épaisseur des expansions capsulaires dans la région frontale.

Ce fait anatomique impose aux anatomo-pathologistes l'obligation de rechercher ce que deviennent, dans les observations relatives aux lésions situées sur la région que nous venons de décrire :

1° Les faisceaux capsulaires;

2° La substance médullaire comprise entre les faisceaux et l'écorce;

3° L'écorce elle-même.

Pour cette dernière partie, il est bon de constater que les lésions de la substance grise qui tapisse le fond des scissures devront retentir, bien plus facilement que celles de la convexité proprement dite, sur la partie active dont elles ne sont distantes, que de dix millimètres environ et même de cinq millimètres seulement pour la scissure de Sylvius dans la première zone.

La partie *latente* du centre ovale dans ces trois districts que je viens de décrire est nourrie par les artères terminales auxquelles les branches de la convexité donnent naissance. Ces artères terminales sont perpendiculaires à la courbe antéro-postérieure du cerveau.

La partie *active* de ce centre ovale (faisceaux capsulaires frontaux extra-nucléaires) est nourrie par des rameaux de l'artère de l'hémorrhagie centrale (Charcot), venant elle-même de la cérébrale moyenne. La direc-

tion de ces artères terminales est donc perpendiculaire à celle des artères terminales de la portion latente.

La cérébrale antérieure fournit également du sang, sinon toujours, du moins souvent, à ces mêmes irradiations (Duret). Les irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires possèdent donc des artères spéciales qui méritent par cela même une mention à part. Je propose de les appeler ARTÈRES DE LA PAROLE OU DE L'APHASIE. On devine que l'hémorrhagie centrale limitée à la branche artérielle donnera lieu à l'hémiplégie vulgaire et à un simple trouble de la parole, tandis que l'hémorrhagie limitée aux rameaux des faisceaux capsulaires extra-nucléaires amènera la perte absolue de la parole et un simple trouble paralytique. Signalés par M. Duret, ces vaisseaux réclament de nouvelles recherches. Jusqu'à présent, je n'ai constaté leur importance anatomique que sur les coupes cérébrales. Dans les transversales, elles donnent lieu très souvent à un ensemble d'hiatus de diverses grandeurs qui transforment la section des faisceaux capsulaires en une surface criblée.

Enfin, il n'est pas superflu de faire remarquer que l'artère de l'hémorrhagie centrale prenant son origine au niveau de l'espace perforé quadrilatéral, se trouve par cela même on ne peut mieux placée pour servir de conducteur aux altérations qui se développent sur cet espace.

II.

Interrogeons maintenant les faits cliniques sur le bien fondé de la description qui précède, dans l'hémis-

phère gauche d'abord, dans l'hémisphère droit ensuite. Demandons-leur quelles sont les manifestations qui surviennent quand une lésion siège :

1° Sur le trajet du bord externe du ventricule latéral, par conséquent, sur les irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires ;

2° Loin de ce trajet, sur la substance blanche sous-corticale, sur l'écorce elle-même, sur plusieurs de ces parties non adjacentes, ou sur toutes ces parties à la fois ;

3° Quand l'intégrité de la totalité de la troisième frontale (faisceau et écorce), et de l'insula est conservée ;

4° Quand l'intégrité de la troisième frontale coïncide avec une lésion de l'insula.

A. — Hémisphère gauche.

Je me servirai des observations qui sont contenues dans les thèses de MM. Pitres[1] et Clozel de Boyer[2], représentants autorisés de leur maître éminent, M. Charcot, et dans le cours de Pathologie interne et de Thérapie médicale de Gintrac[3].

[1] Dr Pitres. — *Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiés au point de vue des localisations cérébrales.* Paris, 1877.

[2] Clozel de Boyer. — *Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères du cerveau.* Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1879.

[3] E. Gintrac. — *Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale.* Paris, Germer-Baillière, 1868.

1° *Lésions situées sur le trajet du bord externe du ventricule latéral.*

Ces sortes de lésions peuvent être directes ou indirectes, suivant que leur développement s'effectue, d'emblée, dans la région même dont il s'agit, ou bien par propagation d'une destruction dont les régions avoisinantes sont atteintes.

Dans l'un comme dans l'autre cas, il survient une perte absolue de la parole, une aphasie permanente.

En fait de lésions directes, je ne trouve qu'une observation, elle appartient à notre regretté maître et ami, Elie Gintrac.

Observation I (résumé). — *Hémiplégie incomplète.* — *Aphasie persistante.* — *Lésions du centre ovale* [1].

Négociant, soixante-dix-neuf ans : vertiges, perte de connaissance pendant quelques heures. — Hémiplégie incomplète à droite qui disparaît peu à peu. — Les idées de jugement, sa volonté s'exprimant par des signes paraissent intacts ; la parole ne se rétablit pas. — Mort seize mois vingt et un jours après le début de la maladie.

Cerveau ferme. *A la partie moyenne et postérieure du lobe antérieur gauche en dehors et en avant du corps strié*, excavation de 2 centimètres de diamètre. A cette cavité en sont annexées quelques autres beaucoup plus petites ; elles contiennent quelques gouttes d'une sérosité un peu trouble.

Dans cette observation, la lésion occupe sans doute plus que les faisceaux capsulaires que nous étudions, elle empiète sur la partie blanche adjacente, mais elle

[1] *Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale*, t. VII, p. 124. (Observation XXI de la thèse de M. Pitres.)



siège en avant et en dehors du *corps strié*, se présente à l'état simple sans complication importante. Le groupe des excavations, l'une grande, les autres petites, semblent correspondre au groupe des vaisseaux constitué par l'artère aphasique et ses rameaux. On comprend que l'état des connaissances anatomiques à l'époque où Gintrac a recueilli cette observation, ne lui ait pas permis d'en apprécier la valeur physiologique; j'aurai occasion d'en reparler.

2° *Lésions situées loin du bord externe du ventricule latéral.*

A côté de l'observation d'Elie Gintrac, je place une observation de M. Dieulafoy, dans laquelle la lésion, au lieu d'être adjacente au noyau caudé, siégeait sur un point diamétralement opposé, sous l'écorce.

Observation II (Dieulafoy). (Obs. XXVIII de la thèse de M. Pitres (résumé). — *Aphasie. — Lésion de la substance blanche avoisinant la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche.*

Homme de quarante-quatre ans, albuminurique. Le 22 janvier 1867, aphasie, sans signes prémonitoires; conscience conservée; légère déviation de la face à gauche; agraphie. Dès le 30 janvier, le malade peut articuler quelques mots; avant la fin de février, la parole est à peu près revenue. — Mort le 22 avril par suite de la maladie du rein.

Deux foyers transformés en kystes, confinant à la substance grise de la troisième circonvolution frontale gauche.

Arrêtons-nous quelques instants sur les deux faits qui précèdent.

Identique au fait de Gintrac, sous le rapport de la

nature de la lésion, le fait de M. Dieulafoy en diffère sous le rapport de son siège. Les cavités morbides décrites par le premier étaient en dehors et en avant du corps strié, sur le trajet des faisceaux capsulaires en question, tandis que celles du second occupaient la portion sous-corticale du centre ovale; ou bien, pour parler le langage de M. Pitres, dans l'observation de Gintrac, la lésion siégeait sur le sommet du faisceau de la troisième frontale; dans l'observation de M. Dieulafoy, elle se trouvait du côté de sa base.

Pour les localisateurs, ces deux faits avaient une valeur égale. Le centre ovale de ce district, étant considéré par eux comme identique dans toute son épaisseur, il était indifférent que la destruction portât sur tel ou tel point.

Du moment que les moyens de communication supposés entre l'écorce et la moelle épinière étaient interrompus, cela suffisait pour réduire au silence le centre psycho-moteur de l'écorce de la troisième frontale.

Tout le monde admet, dans cette portion du centre ovale, à la fois des éléments actifs et passifs; mais on ne s'est pas demandé de quelle façon ils étaient distribués les uns vis-à-vis des autres. On les croyait inextricablement mêlés, nous les tenons, au contraire, comme parfaitement distincts.

Sur les trente millimètres de l'épaisseur comprise entre le noyau caudé et l'écorce de la troisième frontale, les fibres *actives* n'occupent, avons-nous dit, que les cinq millimètres internes confinés à côté du noyau caudé et se recourbant vers la base. Il y a donc là une différence d'opinion capitale, sur laquelle on ne saurait

trop insister, parce qu'elle conduit à une divergence forcée dans l'interprétation des faits cliniques. Ainsi, pour nous, dans l'observation de M. Dieulafoy, la lésion n'était que sur une partie *passive*; dans l'observation de Gintrac, au contraire, elle était sur une partie *active*, d'où *permanence* de l'aphasie dans ce dernier cas, et extemporanéité dans l'autre : là incurabilité, ici curabilité.

Les auteurs se sont contentés simplement de constater que la perte de la parole existait dans un cas comme dans l'autre, sans se préoccuper de sa durée. Ce caractère mérite pourtant de fixer l'attention.

Anatomiquement et physiologiquement, nous sommes en droit d'affirmer que, dans l'observation de M. Dieulafoy, la lésion portant sur une partie *passive* à côté d'une partie *active*, elle ne devrait retentir sur celle-ci qu'à distance, par conséquent d'une façon plus ou moins éphémère. Si bien, qu'étant donnée une personne frappée d'aphasie simple, nous sommes autorisés à diagnostiquer d'emblée une perturbation dans le domaine de la troisième frontale, et, par la suite, à préciser la nature et le siège de cette perturbation, suivant que la perte de la parole mettra plus ou moins de temps à disparaître, ou persistera absolument.

Ce qui précède, étant considéré par nous comme une base solide, tant sous le rapport clinique qu'au point de vue anatomique, tout fait quelconque, relatif à l'aphasie, doit naturellement concourir à constituer l'édifice que cette base est destinée à supporter.

En dehors des deux observations qui précèdent, tous les faits d'aphasie contenus dans les ouvrages que j'ai consultés et concernant l'hémisphère gauche sont plus

ou moins compliqués; mais en ne perdant pas de vue les jalons qui viennent d'être posés, on peut les mettre à contribution pour modifier et continuer l'histoire de l'aphasie. Dans ces faits, la destruction principale, matériellement parlant, a toujours pris naissance sur un des points avoisinant les trois centimètres antérieurs du bord externe du ventricule latéral, en avant, en arrière, vers le haut, vers le bas, en dehors ou en dedans.

Les irradiations capsulaires extra-nucléaires ont pu être atteintes, soit par extension de la lésion principale, soit par coïncidence; qu'il y ait processus unique ou double, ces faits n'en sont pas moins intéressants. Pour bien fixer les idées et éviter des longueurs inutiles, nous n'en citerons qu'un petit nombre. Nous commençons par une observation de M. Boinet, dans laquelle se trouvent synthétisées, pour ainsi dire, les deux observations précédentes de Gintrac et de M. Dieulafoy.

Observation III (Boinet). (XXVII, thèse de M. Pitres) (résumé). — *Aphasie traumatique ; abcès dans la troisième circonvolution frontale gauche* [1].

Brigadier, vingt-cinq ans, coup de sabre sur la tête le 28 août 1870. Manque de détail sur les accidents primitifs.

On sait seulement que, le 23 octobre 1870, le malade était aphasique avec hémiplégie peu accentuée de tout le côté droit. Intelligence conservée ; enfoncement du crâne ; trépanation ; coma; paralysie plus marquée; érysipèle de la tête. A la fin d'avril, le malade peut marcher et écrire. Son intelligence et sa gaieté sont revenues.

Persistance de l'aphasie.

Le 17 mai, mort après deux attaques d'épilepsie.

Autopsie. — Au niveau de la troisième circonvolution fron-

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 294, et 1872, p. 235. (Le cerveau est conservé au musée Dupuytren.)

tale gauche, méninges épaisses et adhérentes. En ce point, substance cérébrale déprimée et diminuée de consistance. Abcès du volume d'une noix, situé à 5 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal, à 1 centimètre au-dessus de la scissure de Sylvius, à 5 millimètres au-dessus de la couche corticale, *juste en dehors du corps strié auquel il touchait.*

Les réflexions dont nous avons fait suivre les observations de Gintrac et de M. Dieulafoy s'appliquent naturellement à celle de M. Boinet et à tout cas analogue. L'aphasie a été absolue, permanente dans le fait de M. Boinet, parce que les faisceaux capsulaires extra-nucléaires ont été détruits. Le trouble paralytique, qui s'est montré sur les muscles de la langue et des membres du côté droit a été passager, parce que la destruction n'a pas atteint les conducteurs nerveux que ces muscles reçoivent; ces conducteurs n'ont éprouvé qu'une influence de voisinage.

En fait d'éléments actifs, seuls les faisceaux chargés de transmettre la parole ont été interceptés, non par la totalité de l'abcès, mais seulement par le pus qui s'est formé à côté du noyau caudé.

Dans les faits de Gintrac et de M. Dieulafoy, l'écorce de la troisième frontale est restée tout à fait étrangère à la lésion. Dans celui de Boinet, les méninges étaient épaissies et adhérentes au niveau de l'écorce, et l'écorce elle-même était un peu déprimée et diminuée de consistance. Cette dernière circonstance nous conduit à nous demander ce qu'il a pu advenir dans les cas où, au lieu d'être légère, l'altération de l'écorce de la troisième frontale a été profonde, destructive.

A ce sujet une observation se présente naturellement à l'esprit, celle de Broca. Cette observation fait époque;

plus précis que ses prédécesseurs dans la recherche du centre du langage articulé, Broca le plaça, par droit de clinique et d'anatomo-pathologie, dans l'écorce du pied de la troisième frontale gauche. Tous les localisateurs se sont rangés à son avis. Sa doctrine est un véritable criterium. Ce n'est donc pas sans mûre réflexion que nous venons faire résonner une note discordante dans ce concert unanime. — Une notion anatomique nouvelle s'est montrée à nous. Nous sommes convaincu qu'elle ne peut pas tromper.

L'appréciation que je vais donner de l'observation de Broca exige que j'en expose au moins le résumé.

Observation IV (Broca).

Lelong. — Apoplexie à quatre-vingt-trois ans, au mois d'avril 1860, sans paralysie ni perte de l'intelligence, mais avec aphasie et agraphie. — Mort le 8 novembre 1861.

Autopsie. — Cavité de 15 à 18 millimètres contenant de la sérosité. située au tiers postérieur de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale, en rapport inférieurement avec le lobule de l'insula, fermée en dehors par la pie-mère. A l'union de l'extrémité antérieure du noyau ventriculaire du corps strié avec la substance médullaire du lobe frontal, la consistance du tissu médullaire était légèrement diminuée.

Entre ces deux lésions, épaisseur considérable du tissu sain.

Ce fait, constituant comme la pierre angulaire de l'édifice des localisations, mérite d'être sérieusement examiné dans les particularités saillantes qu'il présente Notons qu'à l'époque où Broca communiqua cette observation, l'attention des cérébrologistes était absorbée par l'étude des circonvolutions et de la substance grise, la substance médullaire était négligée; c'était, avons-nous dit, une masse d'éléments inextricable

et passive. Une légère diminution de consistance dans la substance médullaire, adjacente au noyau caudé, ne pouvait pas avoir de signification, car, dit Broca, il existait une épaisseur considérable de tissu sain entre cette légère lésion et le grand foyer de destruction. Ce dernier foyer était donc la cause des symptômes, d'où l'affirmation, et, jusqu'à ce jour, la certitude que l'écorce de la partie postérieure de la troisième frontale gauche était le centre du langage articulé. Ce n'est que plus tard que, conduite par le nombre et la qualité des faits, l'école de M. Charcot, sans quitter le point de mire fixé par Broca, dirigeant ses efforts vers les phénomènes pathologiques qui pouvaient provenir des lésions de la substance médullaire, a essayé d'en déterminer la topographie (*Recherches sur les lésions du centre ovale*, Pitres, 1877); mais je l'ai déjà dit, on a continué à croire que toute difficulté était levée par la présence des prétendues fibres rayonnantes de Reil. Broca, convaincu de l'arrivée de ces fibres à la troisième frontale, constate avec soin qu'il existait une épaisseur considérable de tissu sain entre les deux lésions, et se croit en droit de n'accorder qu'une simple mention à la lésion légère.

On voudra bien nous permettre, sans manquer au respect que nous portons tous à la mémoire de notre illustre compatriote, de faire remarquer, que le mot « *considérable* » ne saurait remplacer une mesure. En effet, si nous millimétrons cette épaisseur dans sa partie la plus étroite, c'est-à-dire, celle qui correspond au niveau de l'insula, que trouvons-nous? Cinq millimètres. Par conséquent, pris à part, dégagé de la lésion légère, l'ancien foyer hémorrhagique devait

produire au moins une aphasie passagère, ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation de Dieulafoy et comme nous le constaterons de nouveau à propos d'autres lésions du même genre. Cependant, au lieu d'une extemporanéité, c'est une permanence qui a caractérisé l'aphasie du nommé Lelong. Ce caractère trouve sa raison d'être, à notre avis, dans la lésion dite légère signalée par Broca. Cette condition pathologique rapproche son observation de celle de Gintrac. Il est à regretter que le tissu médullaire, atteint d'une diminution dans sa consistance, n'ait pas été scruté à fond, n'ait pas été soumis à l'examen microscopique. On y aurait trouvé des modifications granuleuses qui auraient levé toute espèce de doute; car pour que ces modifications existent, il n'est même pas nécessaire que les recherches macroscopiques constatent une diminution de consistance quelconque. Nous en donnons pour preuve le fait suivant, qui appartient à M. Pitres.

Observation V (Pitres) (résumé)[1].

Legal, soixante-six ans; le 22 novembre 1875, sensation d'engourdissement dans les membres du côté droit, puis graduellement hémiplégie droite complète, embarras, perte de la parole. — Mort le 5 décembre.

Autopsie. — Intégrité de la surface de la troisième circonvolution frontale gauche.

Ramollissement central, diffus de la substance blanche du lobe pariétal. Les bords mal limités se continuent sans ligne de démarcation distincte avec le tissu cérébral voisin ; sa consistance est molle, tremblotante, sans diffluence. Les parties ramollies se dissocient assez difficilement sous un filet d'eau ;

[1] Observation XXXVIII de la thèse de M. Pitres.

corps granuleux que l'on constate au microscope, jusque dans la substance blanche du pied de la troisième circonvolution frontale.

Ainsi, dans cette observation d'aphasie, recueillie par M. Pitres, l'écorce était intacte dans toute son étendue sur la troisième circonvolution frontale, comme ailleurs; d'autre part, l'auteur ne *peut pas même constater par les moyens ordinaires une légère diminution de consistance de la substance médullaire à côté du noyau caudé*, et néanmoins, le microscope lui fait découvrir dans l'intimité de cette substance la cause matérielle de la perte de la parole.

C'était en un mot par rapport à la troisième frontale l'observation de Broca, moins le foyer hémorrhagique. On est donc autorisé à conclure : que cet ancien foyer hémorrhagique de même que le ramollissement du centre ovale dans le fait de M. Pitres, n'avait fait que coïncider avec l'aphasie et que celle-ci était véritablement la conséquence de la lésion légère située sur le bord externe du noyau caudé.

Les cliniciens conviennent, d'ailleurs, que la nature de la lésion qui produit l'aphasie est presque toujours le ramollissement. Du fait de Broca, mais surtout de celui de M. Pitres, découle un enseignement important pour l'histoire de l'aphasie, à savoir : qu'il faut n'accepter qu'avec réserve toute observation dans laquelle la substance médullaire confinant au bord externe du ventricule latéral n'aura pas été soumise à un examen approfondi.

(*A suivre.*)

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Coupe horizontale à un centimètre au-dessous de la face supérieure du corps calleux.

1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne, confinant aux trente millimètres antérieurs du bord externe du ventricule latéral.
2, Section transversale de ce faisceau.
3, Noyau caudé.

PLANCHE II

Coupe antéro-postérieure à deux centimètres en dehors de la scissure médiane.

1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne se recourbant vers le lobe orbitaire.
2, Faisceaux intra-nucléaires.

PLANCHE III

a, Fond de la deuxième scissure frontale.
F S, Ligne fornicato-sylvienne.
c, Noyau caudé.
d, Dentelures formées par l'extrémité interne des faisceaux de la capsule interne.
g, Gyrus fornicatus ou circonvolution du corps calleux.
v, Bord externe du ventricule latéral.
s, Partie supérieure de la scissure.
i, Insula de Reil.
F^1, F^2, F^3, Les trois circonvolutions frontales.

PLANCHE IV

1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne confinant au bord externe du ventricule latéral.
2, Coude supérieur de la capsule interne.
3, Fond de la scissure précentrale.
4, Lentille.

5, Avant-mur.
F, S, Ligne fornicato-sylvienne.
C, *c*, *c*, *c*., Circonvolution du corps calleux.

PLANCHE V

C i, Capsule interne.
C op, Couche optique.
F S, Ligne fornicato-sylvienne.
N c, Noyau caudé.
N 4, Noyau lenticulaire.
R. 1, Racine inférieure de la couche optique.
S l, Septum lucidum.
C. *c*, *a*, Commissure cérébrale antérieure.
C m, 4, Centre moyen de Luys.
F. *l*. *i*, Faisceau longitudinal inférieur.
O. *g*. *n*. *o*, Origine grise des nerfs optiques.
T. *c*, Trigone cérébral.
V. *m*, Ventricule moyen.

CLINIQUE MENTALE

INCURABILITÉ ET GUÉRISONS TARDIVES EN ALIÉNATION MENTALE;

Par le D[r] E. MARANDON DE MONTYEL,
Directeur-Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Dijon.

Les divergences d'opinions qui se sont produites à l'Académie de Médecine, entre M. Blanche et M. Luys, à propos du divorce, ont mis à l'ordre du jour une importante question clinique, celle de la valeur des uérisons tardives et du pronostic de l'incurabilité en

matière de folie. La discussion qui va s'ouvrir au Sénat lui donne de nouveau une grande actualité. Je désirerais émettre sur ce point quelques considérations et apporter quelques faits. Pour trouver une solution à ce débat, gros de conséquences sociales, il importe, me semble-t-il, de considérer successivement : la prédisposition, le délire, l'état mental après guérison tardive ; et de leur demander, à chacun, quels éléments d'appréciation ils fournissent à l'aliéniste. Dans tout ce que je dirai, je n'aurai en vue que les folies simples, les seules qui soient réellement en cause.

En règle générale, il n'y a point folie sans prédisposition vésanique. Cette maladie ne frappe ni à l'improviste ni au hasard. Le plus souvent, elle tient, les travaux de Morel l'ont brillamment établi, à une dégénérescence de la race transmise par hérédité, et quand elle apparaît dans une famille, indemne jusqu'alors de troubles nerveux, elle a été, à coup sûr, préparée de longue main par une vie d'excès, de fatigues ou de misère. Les folies toxiques elles-mêmes ne font pas exception à la loi ; le poison travaille pour ainsi dire le système nerveux, et le dispose aux manifestations délirantes à venir. Seules, certaines aliénations, suites de traumatismes, éclatent tout à coup dans un organisme intact, et encore est-ce là matière à controverse. Ces considérations établissent qu'un cerveau qui délire n'est pas un cerveau accidentellement malade, mais un cerveau profondément modifié dans ses conditions de vie et de fonctionnement. Il n'y a pas dès lors à s'étonner qu'à la cessation des manifestations délirantes, il ne revienne pas toujours à l'état absolument normal. La prédisposition, en effet,

loin de s'épuiser en fomentant des désordres, en sort souvent fortifiée et occassionnera d'autant plus facilement d'autres troubles qu'elle en a déjà produit.

Cette triste vérité oblige l'aliéniste à ne jamais garantir l'avenir, mais a-t-il le droit de toujours l'incriminer? Pour M. Luys, dans l'immense majorité des cas, les maladies mentales, une fois déclarées, constituent dans leur évolution lente à travers l'organisme un processus morbide à marche fatale vers la démence, susceptible de laisser au support quelques moments de répit, mais inexorable dans sa marche progressive. Je me range entièrement à l'avis du médecin distingué de la Salpêtrière. Oui, dans l'immense majorité des cas, l'évolution des maladies mentales est fatale, surtout quand l'hérédité est en jeu, car de même que la prédisposition les crée, et se fortifie, en les créant, de même elle les entretient, les aggrave, et se fortifie encore en les entretenant et en les aggravant. Mais si c'est là l'immense majorité, si petite soit-elle, il y a une minorité et, dans l'état actuel de la science, je ne connais aucun signe permettant de les distinguer l'une de l'autre. La prédisposition à marche fatale ne tranche pas par des symptômes particuliers sur celle qui, plus bienveillante, oubliera sa victime après l'avoir une fois frappée ou ne se souviendra d'elle que longtemps plus tard, pour l'oublier encore. Comment, dès lors, dans la grave question qui s'agite, quand le législateur réclame un jugement quasi infaillible, étayer son opinion sur la prédisposition? Malgré son rôle immense, force est donc de reconnaître insuffisant le concours prêté par elle à la solution cherchée. Nous serons peut-être plus heureux avec le délire.

De toutes les formes vésaniques, seule la démence est, par nature, incurable. Certainement, pour les autres variétés, l'application, par exemple, des principes cliniques si sages formulés par Guislain facilitera la distinction des cas curables, et des cas incurables, mais sans autoriser l'affirmation. La démence exclusivement serait donc une cause valable de divorce ; par malheur, elle se présente à des degrés divers qui sont loin d'entraîner la même incapacité intellectuelle et morale. M. Luys, si j'ai bien compris son premier discours à l'Académie de Médecine, croit fatale dans tous les cas l'évolution de la démence ; une fois le réseau intellectuel entamé, les éléments nerveux, associés à ceux mortifiés, se mortifieraient à leur tour par une sorte de contagion et entraîneraient, par le même procédé, la mortification de leurs congénères, de telle sorte que le mal irait en se propageant de proche en proche jusqu'à l'atrophie du cerveau, si caractéristique chez les vieux déments. Tout d'abord, au point de vue théorique, je ne m'explique pas bien la nécessité de cette sorte de contagion, et je me l'explique d'autant moins que les récentes et savantes recherches anatomiques de M. Duret, admises par M. Luys dans son *Traité des maladies mentales*, établissent une remarquable indépendance de la circulation des diverses zones de l'écorce. — Ensuite la doctrine de M. le Dr Luys ne se trouve-t-elle pas en désaccord avec la clinique ? Les choses sont loin de marcher toujours comme il l'indique. La démence partielle et stationnaire en effet est assez fréquente. Si le dément ne recouvre jamais ses facultés perdues, il n'est pas condamné à être dépouillé de celles qui survivent. Qui n'a rencontré dans les services publics de ces vieux malades, aliénés de-

puis vingt ou vingt-cinq ans et frappés de destructions isolées de l'intellect qui ne progressent en rien? Tels ils étaient il y a dix ans, tels ils sont aujourd'hui. A ces considérations s'en ajoute une autre plus sérieuse encore : les facultés affectives résistent plus que les facultés intellectuelles. Beaucoup d'anciens aliénés ont encore très vif le sentiment de la famille; affaiblis au point de vue intellectuel, ils sont en état d'éprouver toutes les émotions du cœur. Si chez eux les manifestations délirantes s'éteignent; alors, en même temps que la démence reste partielle et stationnaire, ils peuvent retourner au milieu des leurs qu'ils aiment toujours, et qu'ils aideront dans la mesure de leurs forces : pour de tels déments, le divorce ne serait-il pas injuste et cruel? Avec la doctrine que semble professer M. Luys, le diagnostic démence, justifierait le divorce, avec celle que je crois plus conforme à la clinique, il serait indispensable d'en diagnostiquer aussi l'étendue et d'en pronostiquer l'évolution. Eh bien! dans l'état actuel de la science, je crois tous ces jugements impossibles à porter d'une manière précise et à l'abri de toute erreur.

Pour émettre une telle appréciation, je me fonde sur l'identité absolue des symptômes psychiques dans la démence et l'obtusion intellectuelle, celle-ci aussi curable que celle-là l'est peu. M. Foville a écrit : « On rencontre quelquefois des malades dont les facultés intellectuelles deviennent incohérentes; les actes et les propos sont décousus; la mémoire paraît absente; l'attention ne peut être fixée; la réflexion ne s'exerce plus, et cependant, ces phénomènes ne se rattachent pas à un accès de manie. Tout semble indiquer une destruc-

tion réelle des facultés; on se croirait en présence d'une véritable démence, destinée à durer autant que le malade, et cependant, ce pronostic fâcheux ne se réalise pas ». Ces fausses démences compliquent le diagnostic et en rendent la certitude impossible, car comment les distinguer? En suivant attentivement les malades, dit M. Foville, pas toujours, ajouterai-je, car parfois elles durent longtemps, aussi longtemps que le délire lui-même. En effet, elles relèvent souvent d'une absorption de l'esprit par les troubles sensoriels et les conceptions délirantes. Les malades, tout entiers à leurs hallucinations et à leurs idées maladives, tombent dans l'état si bien décrit en quelques lignes par le savant aliéniste; et quand, après des années, les hallucinations s'apaisent, les conceptions délirantes faiblissent, on est surpris de voir surgir des facultés pronostiquées à jamais détruites. Si, dans ces cas, la folie offre des rémissions, la marche éclairera, je le reconnais; la mémoire, l'attention luiront et s'éclipseront alternativement, mais si la maladie est à évolution continue, je ne connais aucun signe différentiel autorisant le diagnostic. En présence donc d'un aliéné, offrant, même depuis plusieurs années, les symptômes apparents de la démence, je crois qu'en l'état actuel de la science, il n'est pas permis de certifier d'une manière absolue l'existence d'une vraie démence et non celle d'une fausse démence liée à l'obtusion intellectuelle. Certes, presque toujours un clinicien habile, doué de ce je ne sais quoi, appelé le tact médical, ne se trompera pas; mais le tact médical, d'une utilité grande dans la pratique ordinaire, ne saurait être érigé en principe, quand il s'agit d'une loi comme le divorce.

Seuls, les signes perçus par raisonnement font les diagnostics différentiels.

Que dire maintenant du diagnostic de l'étendue des pertes subies par l'intellect et du pronostic de l'évolution de la démence, quand la question de la démence elle-même me paraît insoluble? Evidemment rien. Ainsi pas plus le délire que la prédisposition ne fournissent des éléments certains, à l'abri de toute erreur. Se trouveraient-ils dans la durée de la maladie, c'est le dernier point qui me reste à résoudre par l'étude de l'état mental après guérison tardive.

La réalité des guérisons tardives s'impose. Parmi mes observations, figure un malade, sorti après huit ans de séjour à l'asile, dont la guérison se maintient depuis vingt ans, et un autre, sorti après douze ans d'asile, dont la guérison se maintient depuis cinq ans. M. Rousseau, porté à déclarer les aliénés incurables après sept ans de maladie, avoue lui-même que cette règle n'est pas absolue et qu'il se produit, dans la folie, des guérisons tardives, tout comme dans les autres maladies chroniques.

Y aurait-t-il une durée après laquelle la guérison serait de toute impossibilité? Le cas, auquel je viens de faire allusion, prouve qu'il faudrait compter plus de douze ans. Dans son premier discours, M. Luys avait fixé, pour Paris, quatre ans aux hommes et cinq aux femmes ; mais, dans une note rectificative annexée au travail de M. Rousseau, il a spécifié quatre ans et cinq ans révolus, non de maladie, comme tous avaient compris, mais de démence confirmée, et il a enlevé par là toute valeur absolue à ses assertions.

M. Luys croit les guérisons tardives plus apparentes

que réelles; il ne paraît pas reconnaître à l'intellect le pouvoir de recouvrer toute son intégrité après dix, douze et quinze ans de délire. Ici une distinction s'impose. Certes, il n'est guère admissible qu'un cerveau, ravagé durant tant d'années par la folie, ait supporté sans faiblir ces assauts violents et prolongés. Débarrassé de son mal, l'ex-aliéné n'aura plus la même vigueur de l'intelligence, la même fraîcheur de sentiments qu'autrefois; mais s'il n'est pas *scientifiquement* guéri, ne l'est-il pas *socialement?* Doit-on considérer comme malade un homme capable de remplir tous ses devoirs vis-à-vis de lui-même, des autres et de la société; d'entourer sa famille de l'affection et des soins auxquels elle a droit, de tenir honorablement sa place dans le monde? Il en est de ces ressuscités de la folie, ainsi que les appelle M. Luys, comme de ces typhiques sauvés de la mort, mais chez lesquels il est resté un léger affaiblissement intellectuel appréciable pour ceux qui, les ayant connus avant leur maladie, sont à même de les comparer à eux-mêmes. Si la démence avait une marche toujours fatale, si les premières altérations produites, si légères fussent-elles, avaient pour conséquence d'en engendrer d'autres qui, à leur tour, joueraient le rôle de causes destructives, sans doute, chez ces malades, la guérison serait un leurre, puisque le mal serait condamné à progresser chaque jour. Mais j'ai déjà protesté contre cette doctrine. J'ai dit que la démence à tous ces degrés restait parfois stationnaire à jamais. Dans ces conditions, l'aliéné, guéri après dix, douze et quinze ans de folie l'est bien, alors même qu'il n'aurait plus ni la même vigueur de l'intelligence, ni la même fraîcheur de sentiments.

J'ai passé en revue la prédisposition, le délire, l'état mental après guérison tardive et, nulle part, je n'ai trouvé le critérium que je cherchais. Ce résultat, si j'étais avec M. Luys pour le divorce, me condamnerait, jusqu'à preuve contraire, à dire avec M. Blanche que, dans l'état actuel de la science, il serait imprudent d'affirmer l'incurabilité, vu que le jugement ici doit être infaillible, puisque le divorce n'est pas révocable comme l'interdiction. Qu'on fournisse des signes cliniques certains et on trouvera sans doute des partisans convaincus du divorce en matière de folie ; mais tant que la question d'incurabilité restera ce qu'elle est, entourée d'incertitudes, ceux mêmes qui partagent les idées de M. Luys devront en combattre l'application, car ils assumeraient la responsabilité d'exposer leurs malades à se trouver un jour des étrangers dans leurs propres familles.

En compulsant les registres de l'établissement, j'ai trouvé huit cas de guérisons tardives : cinq femmes et trois hommes. Le sexe féminin l'emporterait donc; mais sur les neuf observations rapportées par M. Giraud, il y a cinq hommes, chiffres qui se retrouvent dans le travail de M. Rousseau.

De mes huit observations, je n'en rapporterai que quatre; je n'ai pu obtenir pour les quatre autres des renseignements précis sur leur état mental après la sortie. Ces malades. il est vrai, n'ont pas été réintégrés dans l'asile, mais c'est là, à mon avis, une preuve de nulle valeur.

OBSERVATION I. — *Neuf ans de séjour à l'asile. — Guérison se maintenant depuis vingt ans.*

Jean-Baptiste Brug..., vingt-six ans, propriétaire, instruction secondaire. Entré à l'asile de Dijon en janvier 1855, il s'évada de l'établissement quelques mois après, et rentra chez lui. Sans être guéri, il parut à ce point amélioré que sa famille le laissa jouir de sa liberté et de ses biens; mais ses actes ne tardèrent pas à être si nuisibles à ses intérêts qu'on dût solliciter la nomination d'un conseil judiciaire. M. Brug... fut assigné, le 13 janvier 1856, à comparaître devant le tribunal. Dans la nuit du 13 au 14, il se rendit armé à la porte de son frère, et, sur son refus d'ouvrir, tira sur la maison deux coups de fusil à balle. L'autorité judiciaire le fit séquestrer d'office. L'interdiction fut prononcée.

A son arrivée dans l'établissement, le 24 janvier, Brug... était en proie à une vive agitation; et le diagnostic « manie » fut porté. Le certificat de quinzaine constate qu'il est plus calme et plus docile, mais qu'il a toujours une grande confusion dans ses idées. Les renseignements font défaut jusqu'au 25 juillet 1862. A cette date, nous trouvons le certificat suivant: « Manie, reconnaissant pour cause des excès alcooliques. Ce malade a des périodes de calme assez longs. Dans ces circonstances, il se montre sombre, taciturne, incohérent dans ses actes, tandis que le délire se concentre à l'intérieur. Il possède toujours la même passion pour les liqueurs alcooliques, et, par conséquent, il est incapable de vivre au dehors. » Ce certificat permet d'apprécier exactement l'état mental de Brug... sept ans et demi après l'admission de janvier 1855; outre une tendance marquée aux alcools, il passait par des alternatives d'excitation et de longue dépression, avec incohérence des actes. La maladie évoluait donc selon le type continu avec formes alternes.

Nouvelle lacune dans les renseignements jusqu'à la date du 9 avril 1863. M. Brug... écrivit au juge de paix de son canton, d'où le certificat suivant: « Ce malade est loin d'être dans un état aussi satisfaisant qu'il le prétend. Deux faits saillants sont là pour le démontrer. D'abord Brug... a conservé toutes ses conceptions délirantes au sujet de tous les faits antérieurs à son entrée dans l'asile; d'un autre côté, il lui survient périodiquement des accès, pendant lesquels les actes incohérents révèlent la recrudescence du délire. Brug..., enfin, incapable de se con-

duire au dehors, n'entend, en cas de sortie, se soumettre à la tutelle de personne ». Je vois dans cette réclamation de l'aliéné le signe d'une amélioration qui commence. En effet, enfermé depuis huit ans et trois mois, Brug... demandait pour la première fois sa sortie à l'autorité judiciaire ; il comprenait donc alors le rôle protecteur de la justice. Aussi le mois de juin fut bon, le malade ne manifesta que des passions et des impulsions haineuses. Au 17 juillet, il est calme, son caractère est beaucoup plus égal. Il est devenu laborieux, complaisant, et se soumet avec résignation à la discipline commune. En août, l'amélioration est telle qu'il va en permission passer quelques jours dans sa famille. A l'expiration de son congé, le 28, il revient, après s'être conduit chez lui d'une manière exemplaire.

Dans les premiers jours d'octobre, le certificat suivant est adressé à la préfecture: « M. Brug... est depuis plusieurs mois, revenu à son état normal. Il est très calme, son caractère est très doux et très facile. Il est très laborieux et travaille toute la journée à divers travaux, surtout au jardinage. Dans l'asile, il jouit de la liberté la plus grande et n'en a jamais abusé ; jamais je n'ai été obligé de lui adresser la moindre réprimande. » Le 30 octobre 1863, Brug... sortit guéri.

Je suis en relations à Dijon avec des membres de la famille Brug... ; j'ai pu obtenir ainsi sur cet ancien malade des renseignements précis. Depuis vingt ans, la guérison se maintient. A son retour dans son pays, Brug... a fait lever l'interdiction qui pesait sur lui ; il s'est marié, a toujours été bon époux et excellent père de famille. Il prospère dans ses affaires.

Observation II. — *Douze ans de séjour à l'asile. — Guérison se maintenant depuis quatre ans.*

Sébastien Mat..., quarante ans, célibataire, tonnelier, entré le 1er septembre 1867. La maladie remontait à trois mois. Habituellement gai et loquace, en juillet, Mat... devint taciturne et ne parla plus à personne. Il a eu des idées de suicide. Le 31 juillet, après s'être frappé dans la région du cœur, avec un couteau heureusement trop court et peu solide, il s'est jeté par une fenêtre d'une hauteur de cinq mètres et en a été quitte pour de fortes contusions à la hanche et à la jambe droites. Il a des idées de persécutions, craint les gendarmes et la police. La famille assure qu'il n'y a pas d'antécédents héréditaires.

A l'entrée, ce malade refuse de répondre ; il cherche par tous les moyens à se dépouiller de ses effets. Sa physionomie est hébétée, et il refuse toute alimentation.

Quinze jours après, une légère amélioration s'est produite. Il donne avec assez de précision des renseignements, dit qu'il lui était absolument impossible de manger il y a quelques jours, qu'il est bien malheureux et bien chagriné, sans en fournir les motifs. Il mange bien, ne gâte plus et ne témoigne aucun désir de s'en aller. Au 2 novembre, nouvelle amélioration notable qui se maintient jusqu'au 1er mai 1868. La maladie évolua ensuite avec des alternatives de rémissions et d'exacerbations et, en octobre 1872, le diagnostic démence fut porté. Les principales notes relatées au registre indiquent une aggravation apparente de l'affaiblissement intellectuel pendant l'année 1873. En effet, le malade parle seul, ne répond pas aux questions ; on ne peut fixer son attention, il manque d'initiative. Le 12 octobre 1874, une amélioration se dessine. Ces fausses apparences de démence se dissipent, Mat... devient sociable, répond aux questions qu'on lui adresse, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. En janvier 1875, l'amélioration s'était de plus en plus accentuée ; enfin, en juillet, l'état mental est tel qu'il est question de tenter une sortie. Mais au 21 août, Mat... était redevenu susceptible, méfiant ; le 20 octobre, ne travaillant plus régulièrement, il se contrariait à la moindre observation. Ses idées lypémaniaques revinrent et le malade sembla de nouveau en démence, durant les années 1876-1877. A partir de septembre 1878, une amélioration analogue à celle d'octobre 1874 se dessina, s'accentua lentement, et en septembre 1879, cet aliéné pouvait être considéré comme guéri. Il ne fut rendu à la liberté qu'en février 1880.

La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Mat... vit très régulièrement et travaille de son métier de tonnelier. Comme il demeure à proximité de Dijon et qu'il vient à l'asile, on a souvent l'occasion de le voir et de constater son état mental.

Observation III. — *Sept ans et demi de séjour à l'asile. — Guérison se maintenant depuis trois ans.*

Françoise Dup..., quarante-trois ans, veuve, domestique, entrée le 19 août 1873. La maladie date de deux mois et demi. Dup... est atteinte de manie aiguë que la famille attribue à des

chagrins domestiques. L'agitation surviendrait tous les deux ou trois jours et dans l'intervalle, il existerait une légère dépression. A son entrée, au milieu de son verbiage, apparaissent des idées de persécutions. On a cherché à l'empoisonner, ses voisins lui en veulent. Elle se dit poursuivie par le diable avec qui elle est en lutte continuelle. Les penchants érotiques sont très développés. La malade est ordurière dans ses propos, obscène dans ses gestes. Elle a des hallucinations et des illusions variées de tous les sens. Elle prend diverses malades de sa division pour ses enfants.

Quinze jours après, l'agitation était continue et aussi violente qu'à l'entrée. A certains moments, Dup... poussait des cris perçants. Elle mangeait peu, maigrissait et paraissait très affaiblie.

Jusqu'au milieu de l'année 1878, c'est-à-dire pendant cinq ans, cette malade resta en proie à une agitation presque continue, avec des impulsions violentes. Le plus souvent, on était contraint de la maintenir en cellule.

Durant l'été de 1878, Dup... se calma, et on put l'occuper à divers travaux d'aiguille ; mais elle conserva toujours des idées de persécution et était à ce point irritable qu'elle s'excitait dès qu'on lui adressait la parole.

Dans les premiers jours de 1879, le calme augmentait, toutefois les hallucinations persistant, la malade systématisait un délire de persécutions, dans lequel le diable et les prêtres qu'elle abhorrait jouaient un grand rôle. L'année s'écoula ainsi, Dup..., laborieuse, mais enracinée dans ses idées de persécutions, méfiante, toujours disposée à croire qu'on se moque d'elle et qu'on cherche à lui faire du mal. Un symptome alarmant d'affaiblissement intellectuel se montrait : la malade ne pouvait soutenir une conversation quelques instants sans devenir incohérente. Et il en fut de même jusqu'en automne 1880. A ce moment les hallucinations disparurent peu à peu, la malade abandonna ses idées de persécution et recouvra la raison. Elle sortit guérie en janvier 1881.

En quittant l'établissement, cette femme s'est placée comme gouvernante chez le notaire de sa commune qui m'a fait savoir ces jours derniers que, depuis trois ans, non seulement Mme Dup... n'avait pas rechuté, mais qu'elle possédait toutes les qualités qui font une gouvernante modèle.

OBSERVATION IV. — *Sept ans de séjour à l'asile. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort arrivée deux ans après.*

Charles Cla..., trente et un ans, poêlier, célibataire, entré le 19 janvier 1874. Deux causes sont à invoquer, l'hérédité et l'onanisme. A son entrée, le malade est atteint de lypémanie avec tendances vers la stupeur, caractérisée par un abattement général, une indifférence et un profond dégoût de la vie et des hallucinations des sens. Il dit avoir vu le diable. Désordonné dans ses actes, Cla... se livre en outre avec frénésie à la masturbation. L'intelligence paraît très affaiblie. Le sens moral nul, Cla... se touche en public avec un cynisme révoltant. Les conceptions intellectuelles sont lentes à se produire; le malade est incapable de tout travail d'esprit. La santé physique est altérée.

Au bout de quinze jours, une légère amélioration s'était produite. Cla... était devenu moins affaibli, moins dégoûté de la vie, s'intéressant légèrement à ce qui l'entourait. Il s'occupait un peu aux terrassements. La santé physique s'était améliorée. Jusqu'en automne, le malade resta dans cet état. Il parut alors plus éveillé, plus causeur; mais il laissa percer des idées de persécutions bien arrêtées et fit des tentatives de suicide qui nécessitèrent une surveillance continue.

Pendant l'année 1875, il passa par des alternatives de dépression et de surexcitation, durant lesquelles il invectivait les prêtres, les accusant d'ourdir contre lui des machinations.

En 1876, de janvier à novembre, des symptômes de démence semblèrent apparaître; Cla... devint incohérent dans ses discours; émettait des idées bizarres, excentriques, prétendait faire venir le diable en se masturbant, marmottait seul, entre les dents, des paroles sans suite, était incapable de tout travail suivi. En novembre, un changement remarquable se produisit; tout en conservant ses conceptions délirantes de persécution et en proférant les mêmes accusations contre le clergé, le malade revint à la vie intellectuelle, il travailla régulièrement et ne présenta plus que des lésions isolées de l'intellect.

Ce dernier état se maintint jusqu'en janvier 1878, où, durant un mois, tous les symptômes de démence, précédemment décrits, apparurent de nouveau pour faire place, en février, à une

amélioration qui progressa à ce point qu'en septembre, le certificat suivant était rédigé : « Cla... présente dans son état mental une sérieuse amélioration qui se soutient depuis près d'un an. Il est calme, docile, facile à conduire et travaille très régulièrement. S'il reste encore un peu de loquacité et des manières un peu bizarres, ce sont là des défauts qui paraissent se rattacher au caractère même du malade et ne constituent aucunement la folie. Avec une direction bienveillante et éclairée, ce malade pourrait vivre au dehors et gagner sa vie. »

Cette amélioration si sérieuse ne persista pas ; en novembre, le malade, tout en restant actif et intelligent, retomba dans ses idées religieuses, ses accusations contre les prêtres et se mit à marcher sur un pied sous prétexte d'expier ses péchés. La situation s'aggrava de nouveau ; pour la troisième fois, des symptômes de démence apparurent. A ceux précédemment décrits s'en ajouta même un autre plus grave : Cla... ramassa des chiffons et s'en affubla comme amulettes pour se préserver du mauvais sort. Telle était la situation, quand une affection intercurrente vint, en août 1879, la changer complètement. Cla... n'avait pas renoncé à ses habitudes d'onanisme, sa santé physique s'en ressentit et il eut, le 10 août 1879, une pleurésie tuberculeuse qui le tint longtemps au lit et qui faillit l'emporter. Il se releva de cette maladie phthisique, mais guéri mentalement ou à peu près. L'amélioration psychique s'affermit et, en avril 1880, il sortit guéri de l'établissement.

Ce malade a vécu à Dijon qu'il habitait avant son entrée à l'asile. La guérison s'est maintenue tandis que la phthisie progressait, et l'infortuné Cla... est mort à l'hospice deux ans après sa sortie, jouissant de toute sa raison et succombant au marasme tuberculeux.

PATHOLOGIE NERVEUSE

ÉCLAMPSIE ET ÉPILEPSIE;

Par Ch. FÉRÉ.

Les anciens auteurs admettaient que l'éclampsie, soit infantile soit puerpérale, était une névrose analogue à l'épilepsie ou à l'hystérie; mais depuis qu'on a reconnu la fréquence de l'albuminurie chez les scarlatineux, chez les femmes en couches offrant des convulsions éclamptiques, le cours des idées a changé. En présence d'un cas d'éclampsie, on ne se demande pas si le sujet est un névropathe prédisposé aux réactions cérébro-spinales, on explique tout par une soi-disant action spécifique du sang altéré (urémie, ammoniémie, urinémie, etc.) sur le système nerveux central. Pourtant les formes cliniques si diverses de l'urémie dans les affections rénales devraient faire soupçonner que si tous les sujets ne réagissent pas de la même manière sous l'influence de la même altération du sang, ce ne peut être qu'en raison de prédispositions organiques spéciales. Le but que nous nous proposons est de mettre en évidence la prédisposition névropathique des sujets qui sont atteints d'attaques éclamptiques et de montrer les liens peu connus qui unissent l'éclampsie et l'épilepsie.

I. Pour ce qui est de l'éclampsie infantile, des convulsions des jeunes enfants, on n'hésite guère à en

rattacher l'origine à un état nerveux natif : les convulsions sont fréquentes chez les enfants issus de névropathes, de mères ayant eu des attaques d'éclampsie[1]; on les voit souvent chez les enfants d'une même famille; il n'est pas rare que les sujets qui en ont été atteints offrent d'autres troubles nerveux ou qu'ils produisent dans leur descendance des affections cérébro-spinales.

L'hérédité directe des convulsions de l'enfance a été observée par nombre d'auteurs, notamment par Tissot, Brachet, Bouchut, de Montgolfier[2], etc.; et fort souvent, elles sont le prélude de l'épilepsie confirmée. C'est là un point que personne ne peut contester, et qui est mis en évidence, en particulier, par les observations si détaillées publiées par M. Bourneville et ses élèves[3].

II. Quand il s'agit de l'éclampsie des adolescents ou des adultes, de l'éclampsie scarlatineuse, ou de l'éclampsie puerpérale en particulier, la situation est moins nette. Dans le courant de notre étude, nous avons été frappé de voir que les auteurs qui se sont occupé des causes de l'éclampsie ont omis de se poser les trois questions suivantes : 1° Quels sont les antécédents héréditaires et personnels ? 2° Quel est le sort des éclamptiques ? 3° Quel est de sort de leur descendance ? Nous pensons que les réponses à ces questions seront de nature à jeter un peu de lumière sur la pathogénie

[1] Duclos. — *Études cliniques sur les convulsions de l'enfance.* Thèse, 1847. — Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu.* 4e édit., 1873, t. II, p. 171.

[2] De Montgolfier. — *Contribution à l'étude des convulsions de l'enfance considérées spécialement au point de vue de l'hérédité.* Thèse de Lyon, 1883.

[3] *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Comptes rendus de Bicêtre et de la Salpêtrière 1876, 1880, 1881, 1882, 1883.

de l'éclampsie; aussi nous sommes-nous efforcé de les trouver soit dans les auteurs qui ont traité des maladies nerveuses, soit dans nos observations personnelles.

III. Nous nous occuperons d'abord de l'éclampsie scarlatineuse.

Observation I. — *Scarlatine; albuminurie; éclampsie; épilepsie.*

Pict..., dix-neuf ans, vient à la consultation de la Salpêtrière, le 22 octobre 1881; pas d'antécédents nerveux héréditaires avoués. N'a jamais été malade, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs avant l'âge de neuf ans.

A neuf ans, il a la scarlatine. Il eut à la suite de l'albuminurie et de l'anasarque qui ont duré trois mois; et, pendant ces trois mois, se sont produites des attaques dites éclamptiques. Depuis, l'albuminurie a disparu, mais les attaques ont continué. Les attaques ont été scrupuleusement inscrites, elles sont assez régulières dans leur apparition; elles viennent à peu près toutes les trois semaines, et se reproduisent pendant trois ou quatre jours. Il a deux sortes d'accidents épileptiques :

1° *Vertiges* sans perte de connaissance et que le malade compare à une *sensation d'isolement*. Il voit encore la lumière. mais ne distingue rien pendant les quelques secondes que durent ces vertiges. Il n'urine pas, ne se mord pas la langue.

2° *Grandes attaques convulsives* qui viennent plus souvent le jour, mais aussi quelquefois la nuit. Ces attaques sont provoquées par les émotions, les chagrins, les fatigues corporelles, les voyages en chemin de fer. Ces attaques offrent les grands caractères de l'épilepsie : cri, pâleur de la face, morsure de la langue, convulsions toniques et cloniques, sommeil prolongé.

Les vertiges sont précédés d'une sensation vague, qui prévient le malade. Les grands accès sont précédés de grands maux de tête, surtout autour de l'œil gauche, qui serait injecté pendant l'attaque.

Pas d'asymétrie faciale, pas d'atrophie des membres, ni aucune déformation, ni asymétrie apparente. Point hyperesthésique sur le pariétal gauche; réflexes rotuliens égaux des

deux côtés. Rien dans les urines. (Elixir d'Yvon trois, quatre, cinq, six cuillères par jour, en augmentant d'une cuillerée par quinzaine.)

19 *novembre*. — A eu une crise le 23 octobre. (Ses crises se sont du reste reproduites sans modification appréciable, jusqu'au dernier jour où il s'est présenté.)

Dans ce fait, nous ne trouvons point d'hérédité nerveuse. Il montre toutefois nettement l'origine de l'épilepsie qui succède à des attaques dites éclamptiques, développées dans le cours d'une albuminurie consécutive à la scarlatine. Cette succession de phénomènes, si analogues par leur forme, permet de soupçonner l'identité de leur nature.

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs signalé la possibilité du développement de l'épilepsie à la suite de la scarlatine (Sieveking[1], Echeverria[2], etc.). Gowers[3] fait remarquer que la scarlatine est la maladie aiguë à la suite de laquelle on voit le plus souvent se développer l'épilepsie; mais il ne voit aucune relation nécessaire entre l'apparition de la névrose et l'hydropisie; aussi cherche-t-il à attribuer au poison de la scarlatine une action spéciale sur le système nerveux. Pour nous, l'albuminurie et la scarlatine n'ont d'action efficace que lorsqu'elles se manifestent sur un sujet prédisposé à la névropathie.

Du reste, comme le montre encore Gowers, l'épilepsie peut se développer à la suite de toutes les fièvres éruptives et indépendamment de l'albuminurie; et on

[1] Sieveking. — *On Epilepsy and epileptiform seizures*, 2e édit., London, 1861, p. 120.

[2] Echeverria. — *On Epilepsy*. New-York, 1870, p. 152.

[3] Gowers. — *Epilepsy and other convulsive chronic diseases*. London, 1881, p. 19.

peut dire que là comme ailleurs, l'agent infectieux ne fait qu'exciter la prédisposition. Il en est de même pour l'éclampsie; nous pourrons citer à ce propos le résumé d'une observation qui nous est communiquée par notre ami, le Dr Alb. Mayor (de Genève).

OBSERVATION II. — *Hérédité névropathique, antécédents convulsifs, rougeole, éclampsie.*

Marie R..., onze ans. — *Grand'mère* paternelle excitée. *Mère* nerveuse, fugues érotiques ayant motivé le divorce. *Père* faible d'esprit, est devenu au bout d'un an l'amant de sa ci-devant femme.

M. R... a eu des engorgements scrofuleux du cou (trois frères et sœurs plus jeunes sont aussi scrofuleux, sans accidents nerveux officiels); à l'âge de huit ans, elle a eu pendant six mois des crises hystériformes très violentes. — Rougeole; — somnolences, crises éclamptiques répétées pendant deux heures et demie, rien dans l'urine; mort.

IV. L'influence de la prédisposition sur l'efficacité pathogénique de la scarlatine et peut-être de l'albuminurie qui s'y rattache est mise en évidence par le fait suivant, où on voit apparaître consécutivement l'action de la grossesse.

OBSERVATION III. — *Hérédité névropathique. — Scarlatine, attaque convulsive. — Vertiges. — Grossesse; attaques épileptiformes.*

Mme M. de L..., vingt-quatre ans. (Consultation de M. Charcot.)

Antécédents héréditaires : *Mère* atteinte d'eczéma. Un *oncle maternel* ayant vu, à l'âge de dix-sept ans, un individu pendu dans un bois, eut une grande frayeur, à la suite de laquelle il eut des attaques nerveuses, et il mourut quelque temps après d'une affection cérébrale. — Un *cousin germain* de la ligne

maternelle est né chétif, presque idiot et est sujet aux attaques d'épilepsie. — Un *grand-oncle paternel*, ayant cru étouffer dans un accident de voiture, eut pendant trois ans des crises nerveuses, dont il guérit, et aucun de ses enfants n'éprouve de troubles nerveux.

La malade a eu la scarlatine vers l'âge de neuf ans. Pendant sa convalescence, elle eut une crise convulsive (on ne sait pas si elle a été enflée, ni si elle eut alors de l'albumine dans l'urine). Jusqu'à dix-huit ans, époque à laquelle la menstruation s'établit, elle n'offrit aucun accident nerveux. A partir de ce moment jusqu'à vingt et un ans, elle fut sujette à de violents maux de tête, s'accompagnant de saignements de nez. — Vers vingt et un ans, elle eut une *faiblesse* à l'école de natation; l'année suivante, elle en eut une autre avec quelques légers mouvements nerveux (?). Vers l'époque de son mariage, à vingt-quatre ans, elle éprouvait presque tous les mois des troubles nerveux légers, caractérisés par du clignotement, des mouvements inconscients de la tête, des bras et des pouces. — Constipation, pertes blanches, irrégularité des menstrues.

Elle se maria le 21 mai 1881 et devint immédiatement enceinte. Une quinzaine de jours après, elle eut une première attaque épileptique, et elle en eut deux autres le mois suivant. Elle accoucha prématurément, à huit mois, d'un enfant bien portant. Deux mois après crise épileptique; autre crise deux mois plus tard.

18 *octobre* 1882. — Fausse couche de deux mois; le cinquième jour, trois attaques d'épilepsie dans l'espace de quinze heures.

17 *novembre* 1882. — Depuis la dernière crise, elle a assez souvent des vertiges soit le matin en se levant, soit à propos de changements de température. La mémoire semble s'affaiblir.

D'après la description du mari, les crises sont très caractéristiques : cri initial, pâleur de la face, rotation de la tête à droite, convulsions toniques et cloniques, miction involontaire inconsciente; sommeil profond, suivi de violents maux de tête. Ce qu'il appelle vertige répond plutôt à des accès incomplets. Ils seraient précédés d'idées noires, d'une sorte de sensations d'étouffement; puis la malade perd connaissance, laisse tomber ce qu'elle tient à la main, et enfin s'assoupit pour quelques minutes.

Dans ce fait, la première attaque convulsive a bien apparu dans la convalescence de la scarlatine, et a semblé se développer en conséquence de la fièvre éruptive ; mais le sujet était prédisposé à la névrose par une hérédité névropathique des plus nettes. A la suite de l'établissement de la menstruation se manifestèrent des accidents vertigineux ; à propos d'une grossesse, les attaques prennent un caractère nettement épileptique. Toute action physiologique ou pathologique devient cause excitante des manifestations épileptiformes.

V. Considérons maintenant l'influence isolée de la grossesse et de l'accouchement sur le développement de l'éclampsie et de l'épilepsie.

Rappelons d'abord qu'un certain nombre d'auteurs, et en particulier Vogel et Jacquemier, etc., ont considéré l'éclampsie comme une épilepsie aiguë ; mais il faut remarquer qu'ils se plaçaient seulement au point de vue des manifestations symptomatiques et non au point de vue de la nature de l'affection. Jacquemier dit : « Il est douteux que les femmes qui sont tourmentées par des accidents sympathiques soient plus exposées... ; il en est de même des accidents qui paraissent avoir plus de rapport avec l'éclampsie, comme les convulsions sans forme déterminées et l'hystérie [1]. »

D'autre part, si un certain nombre d'auteurs, et en particulier Gowers, ont signalé l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le développement de l'épilepsie [2], des recherches récentes montrent que leur

[1] Jacquemier. — *Manuel des accouchements*. 1846, t. II, p. 200.

[2] Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*. 1864, p. 235.

action n'est pas constante[1]. En tout cas, ces circonstances ne paraissent avoir d'action que chez des sujets dont les antécédents héréditaires ou personnels révélaient l'existence d'accidents convulsifs antérieurs (cas de Terrillon, de Ferrand, de Béraud).

Chez les épileptiques avérées, la grossesse et l'accouchement n'ont pas non plus d'influence bien marquée sur le nombre des attaques. La grossesse semble plutôt avoir une influence favorable.

Ces circonstances éloignaient l'idée de la recherche des antécédents névropathiques; cependant leur importance n'avait pas complètement échappé. C'est ainsi que Miquel[2] admet l'existence d'une *susceptibilité* du cerveau.

Nous trouvons dans Trousseau le passage suivant :

« ... Il est certain que la *susceptibilité nerveuse* qui, chez certaines femmes, a pu se traduire dans l'enfance par des accidents convulsifs, plus tard par des phénomènes hystériques ou par des troubles plus ou moins bizarres de l'innervation, il est certain, dis-je, que cette sensibilité nerveuse est une cause prédisposante dont la connaissance pourra préoccuper l'esprit du médecin[3]. » Toutefois, il range cette cause entre la primiparité et l'albuminurie, c'est-à-dire qu'il ne lui accorde point le rôle de cause primordiale.

Handfield Jones[4] dit qu'une prédisposition indéter-

[1] Béraud. — *De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement*. Thèse, 1884.

[2] Miquel. — *Traité des convulsions chez les femmes enceintes*, etc. 1824, p. 16.

[3] Trousseau. — *Clinique méd.* 4e édit., 1873, t. II, p. 197.

[4] C. Handfield Jones. — *Studies on functional nervous disorders*. London, 1870, p. 329 et 330.

minée est nécessaire pour que les attaques épileptiques et éclamptiques se produisent chez les enfants ou chez les femmes.

Barnes[1] s'exprime dans le même sens, mais avec plus de clarté. Il considère que l'éclampsie puerpérale est le produit de trois facteurs : 1° exaltation de la tension physiologique du système nerveux central, conséquence immédiate de la grossesse ; 2° empoisonnement du sang exagérant cette irritabilité ; 3° excitation périphérique ou émotionnelle, cause provocatrice immédiate de l'attaque. Si cependant il existe une prédisposition névropathique héréditaire ou acquise, c'est une condition particulièrement favorable au développement de l'éclampsie : « Thus it may be said that pregnancy is a test of the soundness of the nervous system ».

Il faut bien convenir que les témoignages que nous venons de recueillir ne reposent guère sur des faits rigoureusement observés; et ils indiquent plutôt un pressentiment qu'une opinion bien arrêtée.

On peut cependant trouver çà et là quelques observations intéressantes à ce point de vue; mais ce n'est guère dans les travaux qui ont trait à l'éclampsie.

Michéa[2] cite d'après Pougens et Manget, les deux cas suivants : 1° Mère mélancolique; antécédents personnels de même nature; éclampsie puerpérale, mort. — 2° Mélancolique pendant sa grossesse; répète qu'elle mourra *comme sa mère;* éclampsie puerpérale, mort. L'auteur, il est vrai, n'en tire aucune conclusion au point de vue de la pathogénie de l'éclampsie.

[1] R. Barnes. — *An address on pregnancy regarded as on experiment illustrating general pathology.* (*Brit. med. Journal.* 1876, t. II, p. 737.)

[2] Michéa. — *Traité de l'hypocondrie.* 1845, p. 106 et 299.

Handfield Jones cite une primipare éclamptique dont une sœur était épileptique. Churton[1] rapporte un cas de convulsions puerpérales chez une femme qui avait eu des convulsions (?) trois ans auparavant. Murchison[2] a observé l'éclampsie puerpérale associée à des symptômes discutables d'ailleurs de dipsomanie. Nous pouvons résumer à ce propos une observation qui nous est communiquée par notre ami, le Dr Jagot (d'Angers).

Observation IV. — *Hérédité névropathique, antécédents convulsifs ; éclampsie puerpérale.*

Mme X..., femme de chambre, primipare. — *Père* alcoolique. — Six frères et sœurs sont morts jeunes (?). Deux avaient eu des convulsions. — A l'âge de six ans, Mme X... étant tombée sur un vase en porcelaine, se blessa au menton. A la suite de cette blessure, elle fut prise de convulsions qui se renouvelèrent d'abord tous les jours, puis s'éloignèrent peu à peu pour disparaître au bout de six mois. Aucun autre trouble nerveux jusqu'à sa grosessse. — Au huitième mois, albuminurie œdème ; au bout d'un mois, céphalalgie violente dans la matinée ; à trois heures, attaque d'éclampsie, qui se renouvèle deux fois. Les phénomènes convulsifs cessent après l'accouchement (deux garçons). Morte de péritonite.

D'autre part, on a noté la coïncidence relativement fréquente de l'éclampsie et de la folie puerpérales, la folie succèdant ordinairement à l'éclampsie[3]. Il n'est pas sans intérêt de rappeler que la folie puerpérale est une des manifestations les plus évidentes de l'hérédité vésanique.

Cependant la plupart des auteurs les plus autorisés

[1] Churton. — *Brit. med. Journ.*, 1874, t. I, p. 680.

[2] Murchison. — *Brit. med. Journ.*, 1876, t. II, p. 6.

[3] Hervieux. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*; *suites de couches*. 1870, p. 1036.



acceptent que la cause pour ainsi dire indispensable et nécessaire de l'éclampsie puerpérale est l'albuminurie. L'albuminurie manque pourtant assez souvent, puisque M. Charpentier[1] a pu réunir cent quarante et un cas où elle était absente; et Nothnagel[2] en vient à admettre que quelquefois l'éclampsie est causée par l'irritation réflexe des nerfs de l'utérus ou du plexus sacré.

On peut dire que l'on a jusqu'à présent peu songé à rattacher d'une façon précise l'éclampsie aux états névropathiques, et à l'épilepsie en particulier. Nous allons par quelques faits essayer d'établir cette relation.

C'est ici le lieu de faire remarquer qu'au point de vue symptomatique, l'attaque éclamptique ne saurait être distinguée de l'attaque épileptique; et la marche de la température[3] rapproche l'accès d'éclampsie de l'état de mal épileptique. L'urémie s'accompagne toujours d'abaissement de température malgré les convulsions.

OBSERVATION V. — *Hérédité; nervosisme et longévité. — Eclampsie puerpérale, épilepsie, recrudescence à la ménopause.*

Mme P..., soixante ans. — Sa mère, qui a aujourd'hui quatre-vingt-sept ans et est très alerte, a eu autrefois des attaques de nerfs « effrayantes », probablement hystériques, qui ont disparu à la ménopause; elle a souffert de rhumatisme subaigu. On n'avoue pas d'autre antécédent nerveux dans la famille.

La malade, qui a eu quelques douleurs dites de croissance,

[1] Charpentier. — *Traité pratique des accouchements*. 1883, t. I, p. 699.

[2] Nothnagel. — Art. *Eclampsiæ*. (Ziemssen, t. XIV, 1878, p. 306.

[3] Bourneville. — *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*. 1873, 2e fasc., 171-239. — Hypolitte. — *De l'éclampsie puerpérale spécialement étudiée au point de vue de sa pathogénie et des modifications de température qui l'accompagnent*. Thèse de Nancy, 1879.

n'a jamais eu de troubles nerveux ni d'autre maladie, jusqu'à l'âge de vingt-six ans.

A cette époque elle accoucha de son cinquième enfant. Le travail s'accompagne d'attaques éclamptiques très intenses. Elle n'avait rien eu d'analogue à ses autres accouchements. — A partir de ce moment, elle eut de temps en temps des vertiges; elle perdait connaissance un instant, restant en suspens, mais sans mouvements convulsifs d'aucune sorte, elle reste les yeux fixes et est très pâle : cela dure quelques secondes.

L'année suivante, elle accoucha de nouveau et fut de nouveau atteinte d'éclampsie. Depuis cette époque elle a continué à avoir des vertiges, auxquels se sont ajoutées de grandes attaques convulsives, qui étaient souvent séparées par un espace de plusieurs mois. Ces attaques étaient caractérisées par un cri initial, la perte de connaissance, la pâleur de la face, des convulsions toniques et cloniques; pas de morsures de la langue ni d'émission involontaire d'urine.

En 1881, la malade avait cinquante-six ans et souffrait de divers troubles liés à la ménopause, quand elle fut prise, à la fin de janvier, de plusieurs crises convulsives qui survinrent coup sur coup avec une très grande intensité.

Ces attaques cessèrent et, sous l'influence du bromure prescrit par M. Charcot, ne se sont point reproduites depuis, mais elle a toujours des vertiges. (3 octobre 1883.)

Cette observation offre à relever plusieurs circonstances intéressantes. L'hérédité névropathique y est très évidente. Nous pourrions encore relever l'âge avancé de la mère; on sait en effet qu'il est fréquent de rencontrer dans les familles des névropathes des cas remarquables de longévité; il semble que l'énergie de la race se soit épuisée par des efforts exagérés. Nous voyons la névrose éveillée par l'accouchement à l'état d'éclampsie, persister sous forme de manifestations vertigineuses, se réveiller de nouveau après l'accouchement suivant, et persister avec des caractères comitiaux des plus nets. Enfin la ménopause qui, dans un certain nombre

de cas, peut déterminer à elle seule l'apparition des attaques épileptiques[1], s'est accompagnée d'une recrudescence des manifestations convulsives.

OBSERVATION VI. — *Eclampsie puerperale*; *épilepsie*. (D'après des notes de M. Charcot.)

Mme M. de L... — *Juin* 1868. — A l'âge de vingt-deux ans, éclampsie puerpérale avec albuminurie intense à sept mois de grossesse; rétablissement prompt après accouchement d'un enfant mort depuis plusieurs jours. Quatre mois après (octobre) apparition des premiers symptômes du mal actuel. Ce furent d'abord des *faiblesses nerveuses* qui s'accentuèrent peu à peu, revinrent plus fréquemment tous les mois. On fit prendre du bromure de potassium à la dose de trois ou quatre grammes par jour, en suspendant pendant huit jours, quand une crise venait de se produire. Il y eut des alternatives dans la fréquence des crises qui souvent furent éloignées, mais augmentèrent d'intensité. Pendant dix ans, on ne cessa pas la médication bromurée qui a été portée jusqu'à la dose de huit grammes par jour, sans modification de la maladie.

Août 1878. — Sous l'influence du polybromure d'Yvon à la dose de deux et trois cuillères à bouche par jour les crises furent suspendues pendant cinq mois.

Mars 1879. — Prescription du même médicament à la dose de deux cuillères et demi à trois et demi par jour par quinzaine, auquel on joignait le traitement hydrothérapique. Suspension des crises pendant seize mois. Les doses furent diminuées à partir du mois de février 1880, et le médicament supprimé au mois de juin. A la fin de juillet, les accidents reparurent; on reprit l'élixir aux doses de deux à trois cuillerées à bouche par quinzaine; pas de crise, jusqu'en janvier 1881. Le traitement fut continué. Une nouvelle crise se produisit cependant vers la mi-août (1881).

30 *août*. — Œdème de la face, des membres inférieurs de l'abdomen; urines rares très chargées d'albumine. Grand mal de tête, suspension du bromure; régime lacté.

19 *octobre*. — Il y a encore de l'albumine dans l'urine;

[1] Barié. — *Étude sur la ménopause*. Thèse, 1877, p. 127.

l'œdème a disparu. Depuis les suspensions du bromure, les crises reviennent tous les quinze jours; on reprend l'élixir à partir de sept cuillerées à café jusqu'à douze (par quinzaine).

Observation VII. — *Éclampsie puerpérale; vertiges, épilepsie.*

Mme S..., de Toulouse, quarante-trois ans. Il n'y a dans sa famille, au dire de son mari, aucun parent ascendant ou collatéral qui soit atteint d'une affection nerveuse quelconque. Avant son mariage, elle n'avait pas éprouvé de maladie, jusqu'à l'époque où ont commencé les accidents actuels, elle n'avait souffert d'aucun trouble nerveux, pas de migraine; elle était d'un caractère calme et facile, n'était point sujette aux emportements. Elle a eu quatre grossesses. Pendant la première grossesse, elle fut atteinte de fièvre typhoïde, et avorta à la sixième semaine. Les deux grossesses suivantes furent bonnes, et elle donna naissance à deux garçons bien portants. La quatrième grossesse survint à trente-deux ans (1873) : elle se trouvait alors dans un état moral fâcheux, elle était extrêmement jalouse. Au septième mois, elle fut prise d'une épitaxis extrêmement violente qui dura quatorze heures, nécessita le tamponnement et laissa après elle une anémie profonde. Au huitième mois, à la suite d'une promenade dans une voiture remplie de lilas, dont l'odeur l'avait très incommodée, elle fut prise d'attaques d'éclampsie qui se répétèrent toute la nuit. A partir de huit heures du matin elle fut maintenue par le chloroforme et à deux heures on provoquait un accouchement prématuré qui donna naissance à un enfant mort, mais bien constitué. On ne constate pas alors d'enflure ; et l'albumine ne fut point recherchée dans les urines. Une fois l'accouchement terminé, les attaques d'éclampsie ne se reproduisirent pas.

Un mois après, elle a commencé à avoir ce qu'elle appelle des spasmes : elle mâchonne, fronce le front, dit quelquefois : « Ah ! mon Dieu ! », et c'est tout. Elle peut continuer à agir. Si elle marche, elle ne s'arrête pas, elle peut même monter sur un trottoir ; mais elle ne peut pas parler. Elle prétend qu'elle ne perd pas connaissance, mais qu'elle se sent dans un monde étrange, dont elle ne peut rendre compte. Ces sortes de vertiges, se produisant de une à trois fois par jour, furent les seuls troubles observés pendant deux ans et demi.

Au bout de ce temps, elle fut prise, une nuit, d'une attaque qui, dit le mari, ressemble aux crises éclamptiques commençant par un grand cri. Ces crises se sont répétées souvent depuis, quelquefois elle se mord la langue, mais n'urine jamais au lit, c'est le plus souvent la nuit qu'elle en est atteinte.

10 *avril* 1882. — A l'époque actuelle, Mme S..., a encore des vertiges tous les jours, quelquefois trois ou quatre, quelquefois jusqu'à douze. Autrefois, quand il se passait trois ou quatre jours sans vertiges, on pouvait être sûr qu'il y aurait un grand accès. Depuis qu'elle prend du bromure, les accès ont diminué, elle a été sept mois sans en avoir, mais les vertiges persistent.

OBSERVATION VIII — *Hérédité névropathique* ; *antécédents convulsifs* ; *éclampsie puerpérale* ; *épilepsie* ; *convulsions chez l'enfant*.

Mme P..., vingt-deux ans. — *Antécédents héréditaires* : 1° son *père* a succombé à la suite d'un accident de voiture, à trente-deux ans ; se portait bien ; pas de renseignements sur ses ascendants. Un *oncle paternel* est sujet aux bronchites, se porte bien pour le reste, a trois enfants qui n'ont jamais eu d'accidents nerveux ; 2° sa *mère* a actuellement quarante-six ans. A été sujette depuis l'âge de seize ans jusqu'à dix-neuf à des vapeurs, à des crises de larmes, pas d'éclampsie. Une *tante maternelle* religieuse, paraît bien se porter. Un *oncle maternel* a un tic facial, il a deux jeunes enfants qui ont eu des convulsions. Un autre *oncle maternel* a cinquante-deux ans, est célibataire, excentrique, a eu des phénomènes de somnambulisme spontané (montait à cheval la nuit).

Mme P... a un frère aîné qui n'a jamais eu de maladies qu'une rougeole ; il est marié depuis deux ans, n'a pas d'enfants. — Une sœur, plus jeune d'un an, a des crises d'étouffements, il y a quelques mois, à la suite d'un amour contrarié, elle a fait une tentative de suicide par la vapeur de charbon, et à laquelle elle a failli succomber.

Mme P... a eu des convulsions au moment de la première dentition. Depuis lors, jusqu'à sa grossesse, elle n'a pas été un jour malade ; elle est d'une intelligence moyenne, fort calme, n'avait jamais eu le moindre accident nerveux. Elle a été réglée à seize ans, correctement, d'emblée et sans douleur. Elle

s'est laissé marier à dix-huit ans à un homme pour lequel elle n'a jamais eu ni répugnance ni affection.

Quatre mois après, elle devint enceinte. Pendant les premiers mois de la grossesse, elle fut sujette à des vomissements très fréquents, puis tout alla bien jusqu'à la fin du huitième mois: elle commença alors à se plaindre d'enflure des jambes. M. le Dr Bellemère constata alors l'existence de l'albuminurie qui persista jusqu'à l'accouchement. Tout cependant alla assez bien jusqu'aux premières douleurs : Mme P.... commença alors à s'exciter, et elle aurait eu, dit-on, un véritable accès de délire avec hallucinations de l'ouïe (elle entendait parler des personnes absentes et leur répondait), à la suite duquel survinrent des convulsions éclamptiques qui persistèrent pendant trois heures à peu près sans interruption, jusqu'à l'accouchement qui ne se termina que par le forceps. Les accidents convulsifs paraissent avoir cessé après la délivrance; et les suites des couches ont été des plus simples. Il était né un enfant mâle qui fut mis en nourrice : la mère put se lever en dix-huit jours, et elle fut rapidement en état de se remettre aux soins de son ménage.

Tout allait bien, les règles étaient réapparues au bout de six semaines, quand, deux mois après l'accouchement (18 janvier 1881), le mari est réveillé au milieu de la nuit, à trois heures du matin par une secousse suivie de trépidations rapides; le temps de faire de la lumière, et les mouvements avaient cessé. Mme P... ronflait, il s'écoulait de la bouche de la salive mousseuse et sanguinolente. Mme P.... n'avait pas uriné, mais elle s'était fortement mordu la langue et elle en souffrit pendant plusieurs jours; elle n'avait eu aucune connaissance de l'accident; aussi ne s'en préoccupa-t-elle pas. Mais trois semaines plus tard (le 6 février), en se préparant à son premier déjeuner, à huit heures, Mme P... pousse tout à coup un grand cri, tombe en arrière de toute sa hauteur et offre tous les phénomènes de la grande attaque d'épilepsie; convulsions toniques et cloniques, morsure de la langue, miction involontaire, perte totale de la connaissance, sommeil de deux heures. La malade ignore complètement ce qui lui est arrivé; il en est de même pour les attaques successives qui, pendant toute l'année 1881, se sont renouvelées à des intervalles variables de trois semaines à deux mois, toujours le matin entre le réveil et le premier déjeuner. Sous l'influence d'un traitement bromuré institué à la

fin de décembre, les attaques ne se reproduisirent pas pendant trois mois. Depuis lors, sous prétexte de troubles gastriques, le bromure, qui n'avait jamais été élevé au-dessus de trois grammes par jour, fut pris irrégulièrement : les attaques revinrent; elle en eut pendant le mois d'avril et, en moyenne, deux par mois jusqu'au mois de mars 1883, toujours avec les mêmes caractères. C'est alors que nous eûmes l'occasion de voir cette malade; nous l'engageâmes à porter la dose du bromure de potassium à quatre grammes par jour, et à ne jamais interrompre le médicament, sous aucun prétexte. Depuis lors, les attaques ont diminué, mais n'ont pas disparu; du 12 mars au 28 novembre, elle en a encore eu trois, mais beaucoup moins fortes que les précédentes.

Au moment de l'éruption de ses premières dents, l'enfant de Mme P... a eu des convulsions. On le dit bien conformé, mais nous ne l'avons pas examiné directement.

VI. Les observations qui précèdent nous permettent de répondre aux trois questions que nous nous étions posées au début de notre travail, et montrent que l'éclampsie et l'épilepsie ne doivent pas seulement être rapprochées par des analogies cliniques (Vogel, Jacquemier, Rosenthal[1], etc.); mais qu'elles doivent l'être encore par leur pathogénie.

1° Les antécédents héréditaires et personnels peuvent en effet, dans un certain nombre de cas, mettre en lumière la prédisposition névropathique, et montrer que la dentition, les affections intestinales de l'enfance, la scarlatine, la grossesse et l'accouchement ne jouent qu'un rôle de cause déterminante. C'est surtout pour l'éclampsie puerpérale, qui se présente à un âge plus avancé, que la démonstration peut être faite : on la voit, en effet, souvent se développer chez des sujets

[1] Rosenthal. — *Traité clinique des maladies du système nerveux.* Édit. franç., 1878, p. 551.

qui ont des antécédents hystériques[1], et surtout des antécédents convulsifs à forme éclamptique qui se sont présentés à différentes époques de la vie, soit à propos de la dentition, d'affections gastro-intestinales, de fièvres éruptives, etc.

On peut, dans cette circonstance, rapprocher de l'éclampsie la chorée, qui, quelquefois aussi, se manifeste chez les femmes en couches[2], qu'elle a déjà atteintes antérieurement dans d'autres circonstances.

2° D'autre part, dans certains cas, des manifestations névropathiques ultérieures viennent montrer que les éclampsies ne constituent point des troubles purement accidentels, et qu'ils dépendent, au contraire, d'un état morbide persistant. A la suite d'une scarlatine, d'une grossesse, etc., on voit se développer des attaques éclamptiques, puis cette épilepsie aiguë passe pour ainsi dire à l'état chronique et ne se manifeste plus que par des attaques isolées d'épilepsie vulgaire. La succession des phénomènes jette un jour nouveau sur l'identité de nature des manifestations convulsives.

3° L'état névropathique qui peut se transmettre aux descendants sous des formes variables, montre encore les liens de famille de l'éclampsie.

VII. On peut citer telle épileptique qui n'a jamais eu de convulsions ni à propos de la dentition, ni à propos de la scarlatine ou de la grossesse. Les faits de ce genre ne constituent pas des arguments péremptoires contre la thèse que nous soutenons; mais ils nous conduisent

[1] Le Rolland. — *De l'influence de la grossesse sur la marche de l'hystérie et de l'épilepsie.* Thèse, 1879, p. 34.

[2] Hervé. — *De la chorée pendant la grossesse.* Thèse, 1884.

à admettre chez certains sujets l'existence de *zones épileptogènes* (gastrique, utérine, périphérique, etc.) dont l'irritation est particulièrement efficace pour l'éveil de la névrose. Si la prédisposition est moins accentuée, l'irritation a plus besoin d'être multipliée et accumulée pour provoquer la décharge; c'est ainsi que l'éclampsie peut ne survenir qu'à la quatrième, à la cinquième grossesse.

Il existe donc des épilepsies aiguës, *épilepsies éclamptiques* qui sont déterminées par certaines conditions physiologiques ou pathologiques; mais qui, comme l'épilepsie vulgaire, ne se développent qu'en conséquence d'une prédisposition névropathique trahie par des accidents antérieurs héréditaires ou personnels. Ces épilepsies aiguës de l'enfance, de la puerpéralité, etc., peuvent se terminer par la guérison, en laissant l'organisme en état d'opportunité convulsive, ou passer à l'état chronique, et se tranformer en épilepsie vulgaire. Quelle que soit leur marche, il est important, au point de vue du *pronostic d'hérédité*, de rechercher les liens qui les unissent aux différents membres de *la famille névropathique* [1].

[1] Ch. Féré. — *La Famille névropathique.* (*Archives de Neurologie.* 1884, janvier et mars.)

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR UN CAS DE MÉLANCOLIE ANXIEUSE;

Par le Dr J. SEGLAS.

M. Cotard a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (septembre 1880) un mémoire dans lequel il attire l'attention sur une forme grave de mélancolie anxieuse, caractérisée par des idées hypochondriaques auxquelles s'associent le plus souvent des idées de damnation. Il dit en avoir observé trois cas et en cite douze autres analogues, disséminés dans les auteurs sous différents noms. Dans un travail postérieur (*Archives de Neurologie*, septembre 1882), le même médecin décrit, sous le nom de délire des négations, une forme de délire spécial qu'il distingue du délire de persécution et rattache à la mélancolie anxieuse, et qui nous paraît se rapprocher intimement de la forme de mélancolie qui fait le sujet de son précédent mémoire. Nous avons eu l'occasion d'observer une dame chez laquelle les symptômes de la maladie mentale ressemblent par plus d'un point à ceux que M. Cotard a signalés chez ses malades; aussi avons-nous pensé qu'il serait peut-être intéressant de publier cette observation que nous avons prise la plus complète possible.

Observation. — *Hérédité. — Convulsions dans l'enfance. — Deux accès de mélancolie. — Hallucinations. — Troubles de la sensibilité générale. — Six tentatives de suicide. — Impulsions à l'homicide. — Idées hypocondriaques, de damnation, d'immortalité. — Etat d'anxiété mélancolique.*

Mme A. M..., âgée de trente-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père : a été en proie à un délire mélancolique profond qui a duré plus d'une année; il se croyait ruiné, il était dans un affaissement et un désespoir continuels, etc. D'autres personnes, dans la ligne paternelle ont aussi présenté

des troubles sérieux du côté de l'intelligence. — *Mère :* nerveuse sans attaques, caractère emporté.

Antécédents personnels. — Rien de particulier dans l'enfance, si ce n'est des convulsions qui ont duré jusqu'à l'âge de trois ans; on a craint qu'elle ne fût nouée lorsqu'elle était petite.

Cette dame, qui a toujours été nerveuse, d'un caractère violent, emporté, changeant, se trouve dans une condition sociale qui ne peut lui apporter des fatigues ou des préoccupations. — Intelligence au-dessus de la moyenne; instruction assez complète. Elle se maria en 1876 à un homme qui l'aimait et qu'elle paraissait aimer; cependant elle avait eu à propos d'un mariage antérieur manqué des chagrins assez violents, mais sans aucun retentissement sur l'intelligence. En 1877, elle eut un accouchement des plus difficiles qui n'influa d'ailleurs en rien sur son état mental.

Le début des accidents est en effet de beaucoup antérieur à cette époque et paraît remonter à l'année 1870, au moment des premiers événements de la guerre franco-allemande. Mme A.... M... fut prise alors d'accidents mélancoliques semblables à ceux de son père : crainte de la ruine, découragement, désespoir, insomnie, apathie, indolence. Elle ne souffrait pas, se plaignait seulement d'avoir la tête vide; la sensibilité spéciale, surtout celle de l'ouïe était exagérée, mais il n'y avait pas d'hallucinations. La sensibilité générale avait presque absolument disparu et elle s'enfonçait elle-même des épingles dans la peau sans rien sentir. En même temps, elle était en proie à des impulsions au suicide; elle devait mourir, disait-elle, car elle était convaincue que sa mère ou elle devaient disparaître, et elle aimait mieux se sacrifier. Elle se promettait toujours de chasser cette idée ; mais malgré ses efforts, elle y céda à trois reprises et tenta de se suicider en avalant des allumettes, des épingles et trente pilules d'opium. Cet état dura quelques mois et céda à un traitement approprié. Elle fut absolument tranquille pendant une dizaine d'années. C'est pendant cette période qu'elle se maria. Puis elle redevint nerveuse, difficile à vivre; elle se disputait continuellement avec sa mère qui finit par la quitter : ce qui lui fit dire à son mari : « *Nous sommes comme Adam et Eve, chassés du paradis terrestre* ». Sous l'influence de ces pensées, elle devint très triste, plongée dans un abattement excessif qui ne lui permettait aucun travail; et cela la désolait beaucoup, bien que sa condition sociale fût bonne, parce qu'elle avait peur de ne pouvoir élever son enfant et de la laisser sans position. L'idée lui vint un jour qu'elle devait la tuer pour lui épargner les misères de l'existence; mais elle lutta fermement et préféra se tuer elle-même; c'est alors qu'elle fit, en avalant vingt grammes de bromure de potassium, une quatrième tentative de suicide qui détermina son placement dans une maison de santé. Là elle était très inquiète, désolée de dépenser trois cents

francs pour sa pension; elle souffrait dans tout son corps; elle était toujours poursuivie par l'idée de tuer son enfant, bien que la voix de sa conscience le lui défendît.

Son état ayant paru s'améliorer, Mme A. M... ne tarda pas à sortir et rentra chez sa mère, éloignée de son enfant. Un prêtre qui avait habité leur appartement avait oublié quelques livres de piété; elle les lut, découvrit alors qu'elle avait tous les vices, qu'elle était un monstre, qu'elle était damnée; et elle demanda un prêtre pour l'exorciser. Elle se jetait à genoux la tête prosternée à terre, elle marchait sans chaussures; elle se faisait horreur, se trouvait sale; il lui semblait que tout le monde la regardait dans la rue et la nuit, elle rêvait qu'on la poursuivait; on disait sur son passage : « *Voyez cette femme, quel drôle d'œil elle a* ». Un jour, à la suite d'une de ses continuelles disputes avec sa mère, celle-ci lui dit qu'elle lui pardonnait. Alors elle fut prise d'un sommeil bizarre, d'une sorte d'extase; elle voulait se lever et ne le pouvait pas, elle éprouvait un sentiment d'angoisse précordiale très intense et en même temps, elle avait des visions. Cet état se renouvela tous les soirs six jours de suite; et il lui fut alors révélé dans des visions successives, qu'elle était la cause de la mort de sa sœur, du malheur de son cousin; puis de tous les crimes et des malheurs de tout l'univers, de la chute d'Adam; elle a vu l'enfer et ses supplices. Ses révélations lui ont appris qu'elle était le diable et elle en a déduit qu'elle était *immortelle*, que la religion *n'était pas* une religion, que les prêtres *n'étaient pas* des prêtres. Elle n'entendait pas de voix distinctes, la voix de Dieu lui disait *intérieurement* : « Voilà tes futurs supplices, tu souffriras bien plus que tout le monde : tu seras écartelée; il faut tuer ta fille, sinon elle souffrira comme toi. » Elle voyait un tribunal qui la condamnait. Dans son idée, on écrivait sur sa porte : « *Maison maudite* ». Ce n'était généralement que vers cinq heures du matin que le calme revenait.

En dehors de ces hallucinations de la vue, Mme A. M... entendait encore des bruits de sifflet de chemin de fer, de bourdonnement. Ses idées de meurtre et de suicide ne l'abandonnaient pas, elle voulait se précipiter par la fenêtre pour sauver son enfant et le monde, mais de peur de ne pas se tuer, elle préféra se couper la langue avec des ciseaux (hémorrhagie simple du filet). On la conduisit alors dans notre établissement : les mêmes idées persistèrent. En même temps son corps à changé : toute l'eau en est sortie, elle avait trop de veines, trop de sang et il s'est formé partout des nerfs. Son front tout formé de nerfs s'est plissé, et une ride profonde qu'elle porte entre les deux sourcils est pour elle le signe de sa personnalité diabolique.

A cette époque, elle maigrit beaucoup, bien que les fonctions physiques, sauf le sommeil, se fissent régulièrement.

Sortie un peu améliorée au bout de cinq mois, elle rentra chez sa mère pendant deux mois. Là, le délire recommença avec une plus grande intensité : elle entendit alors des voix, deux voix d'hommes dans les deux oreilles, qui l'appelaient « *la femme de l'Apocalypse* ». Quand elle disait aux autres personnes d'écouter, elle n'entendait plus rien ; elle courait à sa fenêtre et ne voyait personne. Ces hallucinations étaient aussi bien diurnes que nocturnes : la nuit, un coq criait : « *On va l'arrêter, la misérable !* » et elle n'osait plus se lever le matin ni sortir dans la rue, parce qu'elle avait vu la nuit toute la garnison de Paris qui venait l'arrêter.

A cette époque, elle refusa de cohabiter avec son mari, parce que Dieu lui avait révélé que c'était un crime. Une nouvelle tentative de suicide dans laquelle elle essaya de se couper les veines du pli du coude avec des ciseaux la fit réintégrer dans la maison. Là, son corps a changé de nouveau ; c'était partout des nerfs qui se formaient dans l'estomac, dans le ventre ; elle sentait de l'électricité partout. D'ailleurs le délire depuis cette époque, malgré une nouvelle sortie de huit jours, paraît n'avoir fait que s'accentuer dans le même sens. A ce moment Mme A. M... essaya de se couper les veines du jarret pour laisser couler son sang qui était décomposé et le renouveler.

Janvier 1884. État actuel. Taille élevée, tête assez bien conformée ; les bosses frontale, pariétale et occipitale droites paraissent un peu peu plus saillantes que les gauches. La voûte palatine et le voile du palais sont réguliers et symétriques ; les dents sont irrégulièrement plantées. Le visage est symétrique, le lobule de l'oreille bien détaché. Pas de strabisme : pupilles égales et normalement dilatées.

Tout le corps est bien conformé ; les tibias sont légèrement incurvés en dedans, les genoux très gros, et la jambe très maigre, hors de proportion avec le reste du corps qui est partout le siège d'un embonpoint notable. Pas d'affaiblissement paralytique, pas de tremblement ; parole bien articulée, pas de traces de scrofule ni de rachitisme. La sensibilité spéciale est conservée, mais il y a des troubles notables et variés de la sensibilité générale. Ce qui domine, c'est surtout de l'anesthésie irrégulièrement distribuée, mais affectant principalement tout le côté gauche. Mme A. M... s'enfonce elle-même des épingles à cheveux dans la peau, sans éprouver de douleur. En outre, les sensations sont confuses : les deux pointes d'un compas assez écartées l'une de l'autre (7 à 8 centim.) ne donnent presque partout que la sensation d'une seule piqûre et encore est-elle souvent très peu nette. En revanche, certaines parties du corps, surtout le creux poplité, la face antérieure du bras droit sont le siège d'une hyperesthésie notable et, dans ces régions, le moindre frôlement de la peau devient douloureux. En même temps, il existe des troubles vaso-moteurs et la plus

légère piqûre d'épingle s'entoure de suite d'une zone de rougeur diffuse. Pas d'illusions ni d'hallucinations des sens spéciaux. La peau est peu colorée, jaunâtre, sèche : les cheveux, qui ont blanchi depuis quelque temps, sont secs et cassants. Pas d'œdème des extrémités ni de coloration bleuâtre. La santé physique est bonne, les menstrues sont régulières, l'appétit conservé malgré un léger état saburral des voies digestives; les urines rares et sédimenteuses ne contiennent ni sucre ni albumine. Seul le sommeil est très irrégulier. Le facies est caractéristique : les traits un peu grippés, contractés, les sourcils froncés, le front ridé expriment l'anxiété et la souffrance, le regard fixe, souvent baissé vers la terre, la figure immobile et insensible indiquent une profonde concentration de la pensée. Les mouvements sont lents, la marche se fait à petits pas, les pieds se soulèvent à peine de terre, le moindre mouvement semble coûter une peine infinie; il faut incessamment exciter Mme A. M... pour la déterminer à se lever, à s'habiller, à marcher, à travailler un peu. Elle se lève fort tard, reste assise le plus souvent et dans les positions les plus bizarres. — Si elle sort de son inaction, ce n'est qu'avec peine, pour fort peu de temps, en versant des larmes abondantes, et en formulant d'une voix traînante des plaintes monotones sur la douleur que cela lui cause, des regrets sur ce qu'elle était autrefois, et des inquiétudes sur le sort qui lui est réservé. Les conceptions délirantes tournent toujours dans le même cercle, sont absolument systématisées et la malade est tellement persuadée de leur réalité que rien ne peut ébranler sa conviction. On peut les rapporter à trois sortes d'idées, qui sont par ordre de prédominance : des idées hypochondriaques, des idées de damnation, des idées d'immortalité.

C'est ainsi que Mme A. M... se plaint continuellement d'avoir le corps absolument changé; elle n'a *plus* de muscles, plus de sang, plus de veines. Elle a senti toutes ces modifications se faire successivement, et alors il ne lui restait plus que des nerfs qui ont pris partout un grand développement. Son palais est détruit, son estomac brûlé, sa langue acidulée, ses ongles durcis, ses dents aiguisées; les gencives, qui ont disparu peu à peu, ont été remplacées par des nerfs; ses pieds sont d'une conformation particulière, sa poitrine est toute en nerfs, tout son corps est dur comme du bois et la *rigidité* l'empêche de faire le moindre mouvement. Elle ne peut rester ni assise ni couchée, parce que tous ses nerfs lui font mal. Aussi, change-t-elle continuellement de position, inventant les modes de station les plus bizarres. Elle ne sort guère de ce cercle d'idées, répète toute la journée les mêmes phrases, examine continuellement ses mains, ses bras et n'y trouve plus de veines; touche, pince sa peau dont la rigidité l'effraye; demande toujours des médicaments et refuse de les prendre parce qu'elle sait qu'ils

sont inutiles, puisqu'*elle n'est pas en monde ou en chair de monde.* Elle le sait bien, car, lorsqu'elle a voulu s'ouvrir les veines, elle n'a trouvé que des nerfs; si on la disséquait, on verrait bien qu'elle est d'une conformation tout à fait exceptionnelle.

Elle voudrait être tout, excepté ce qu'elle est, et ce désir s'exprime souvent sous les formes les plus drôles. Il suffit d'un mot prononcé devant elle ou d'un objet qui frappe sa vue pour que Mme A. M... en forme l'objet de ses souhaits. C'est ainsi qu'elle voudrait être balayeuse des rues, laveuse de vaisselle, ou bien chat ou chien, ou encore idiote tout à fait pour ne pas se rendre compte de ses douleurs. En somme, *elle voudrait aller dans la vie comme tout le monde.*

Dans la sphère des sentiments affectifs, nous retrouvons encore ces préoccupations hypochondriaques. Mme A. M... se plaint de n'avoir *plus* de cœur, elle *n'a jamais aimé* sa mère, elle *ne peut* aimer son mari, ni son enfant qu'elle dit maudite, *sans veines ni sang* comme elle.

Cependant toutes ces souffrances actuelles ne sont rien en comparaison de tous les supplices qui lui sont réservés. On l'écartèlera, on la martyrisera de toutes les façons, et cela pendant toute l'éternité; car Dieu l'a maudite, parce qu'*elle a fait le péché de la chair.* Elle est la *femme apocalypse*, la cause des malheurs du monde. Si, par hasard, elle apprend la maladie ou la mort d'une personne, elle s'accuse d'en être l'auteur, verse des larmes abondantes et son anxiété augmente encore à ce moment. - Elle est le diable qui, sous la forme du serpent, a tenté Eve; Satan s'est incarné en elle; elle porte sur le front la marque de sa damnation. C'est elle que Dieu a punie en châtiant l'ange rebelle et qu'il a condamnée, comme le bouc émissaire, à expier ainsi jusqu'à la fin des siècles sa faute et les crimes du genre humain.

Cette idée d'immortalité s'est développée sous l'influence des révélations que Dieu lui a faites et par suite de l'inutilité des tentatives de suicide et de sa constitution particulière. Elle a existé de tout temps, puisque c'est elle qui, sous la forme du serpent tentateur, a été la cause de la chute de nos premiers parents. Elle ne mourra pas, car elle n'est pas en chair de monde; d'ailleurs, Satan est immortel. Cette idée augmente encore sa tristesse et son anxiété.

Elle se lamente sans cesse de ne pas voir la fin de ses supplices, elle voudrait pouvoir mourir comme tout le monde. Elle demande souvent de connaître un poison assez violent pour la tuer et si elle ne présente plus actuellement des idées de suicide, c'est parce qu'elle est bien convaincue de l'inutilité de ses tentatives.

Notons, pour terminer, que les idées hypochondriaques, de non-existence ou de destruction de divers organes sont accompagnées d'idées analogues se rapportant aux choses métaphy-

siques. Elle *n'a pas d'âme, la religion n'existe pas, les prêtres ne sont pas des prêtres;* si Dieu existe, il ne jouit pas des attributs qu'on lui prête. Il n'est ni bon, puisqu'il l'a châtiée sans qu'elle l'ait mérité et sans l'avoir prévenue qu'elle péchait; ni miséricordieux, puisqu'il l'a condamnée à souffrir jusqu'à la fin des siècles; ni puissant, puisqu'elle ne peut guérir.

A quelle forme d'aliénation mentale doit-on rattacher cette observation? Il nous semble qu'on ne peut guère hésiter qu'entre deux formes, le délire chronique et la mélancolie anxieuse, et encore l'hésitation n'est guère possible. En effet, bien que nous constations chez Mme A. M... des idées hypochondriaques, des idées de persécution, des idées de grandeur, ni la *marche* du délire, ni la *nature* des idées délirantes, ni les *réactions* qu'elles déterminent chez elle ne sont celles que l'on observe chez les délirants chroniques.

La maladie débute ici par un accès de mélancolie avec dépression suivi de guérison et ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard qu'apparurent les idées de damnation. Prises en elles-mêmes, ces idées de diffèrent pas beaucoup de celles que l'on peut observer chez certains persécutés démonopathes, mais nous ferons remarquer qu'elles s'accompagnent ici d'hallucinations de la vue très intenses, rares chez les délirants chroniques, et qu'elles sont primitives dans l'évolution du délire. Ce n'est qu'un peu plus tard que sont apparues les idées hypochondriaques comme conséquence logique d'ailleurs des idées de damnation. Les souffrances qu'endure Mme A. M..., la destruction de ses organes ne sont pour elle qu'un des mille supplices que souffrent les damnés et que l'expiation de ses fautes.

Cela ne se passe pas ainsi chez les persécutés ordinaires : c'est alors, après une période plus ou moins longue de préparation, les idées hypochondriaques qui apparaissent les premières et ce n'est que plus tard, cherchant la cause de ses souffrances, que le malade finit par les attribuer à toutes sortes de persécutions dirigées contre sa personne.

Quant à l'idée d'immortalité qui, au moins lorsqu'on la considère d'une façon abstraite, est une idée de grandeur, elle est contemporaine, dans le cas actuel, des idées de damnation, c'est-à-dire presque primitive; tandis que, chez un délirant chronique, elle marque une période très avancée du délire, n'apparaît qu'après de longues années et souvent même le

malade meurt ou tombe en démence avant que ses idées, délirantes en soient arrivées à cette période de leur évolution.

D'un autre côté, si l'on considère en elles-mêmes, sans s'inquiéter de leur mode d'apparition, les différentes idées délirantes que présente notre malade, on voit qu'elles ont aussi des caractères particuliers qui les distinguent de celles que l'on observe chez les aliénés atteints de délire chronique.

Comme le fait justement remarquer M. Cotard, chez les persécutés les différents organes sont attaqués de mille manières, par décharges électriques, influences magnétiques, magiques, action des francs-maçons... Mais, ils résistent toujours à ces attaques, semblent renaître au contraire plus vivaces, et toutes les influences nuisibles auxquelles ils sont en butte ne peuvent ni les transformer, ni les détruire. Chez les malades dont nous nous occupons, au contraire, la transformation ou la destruction est un fait accompli, et Mme A. M... ne fait que répéter qu'elle n'a *plus de veines*, *de muscles, de sang*. Tout son corps est changé en nerfs, *elle n'est plus en chair de monde*. Cette forme particulière de délire hypochondriaque se rapproche beaucoup, au contraire, de celle que M. Baillarger a signalée chez les paralytiques généraux qui s'imaginent que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués, qui prétendent n'avoir plus de bouche, d'estomac, avoir le larynx bouché, le ventre obstrué... Mais, chez ces derniers malades, l'absurdité de ce délire, qui se contredit d'un moment à l'autre, suffit pour porter un diagnostic que viennent confirmer les symptômes propres à la paralysie générale.

Les idées de damnation, comme nous l'avons dit plus haut, ne présentent guère ici rien de particulier, si ce n'est qu'elles s'accompagnent de doutes ou de négations métaphysiques analogues aux idées hypochondriaques et qui, chez notre malade au moins, semblent en être une conséquence logique.

Quant à l'idée d'immortalité, il semble assez difficile au premier abord, surtout lorsqu'elle est comme ici logiquement déduite, de la distinguer des idées du même genre que l'on trouve chez les persécutés mégalomanes. Et cependant quelle différence! ces derniers en effet, une fois arrivés à cette période de leur délire, se consolent facilement des souffrances qu'ils ont endurées ou endurent encore en envisageant la haute position ou les avantages qui les leur occasionnent :

convaincus de leurs brillantes destinées ou de leurs qualités exceptionnelles, ils en arrivent à regarder de haut le genre humain et se considèrent avec orgueil comme étant d'une essence particulière. Sans crainte d'être paradoxal, nous pouvons dire que, chez Mme A. M... et les malades qui lui ressemblent, cette *idée d'immortalité est une conception délirante de nature triste*; et nous n'en voulons pour preuve que l'angoisse qu'elle détermine chez l'aliénée qui en gémit sans cesse, se désole de souffrir toute l'éternité, demande instamment un poison qui la délivre, et réclame à grands cris la mort, qui chez les autres créatures au moins, marque un terme aux souffrances et peut permettre quelques efforts de résignation.

Les réactions que le délire provoque chez ces malades ont aussi des caractères distincts. Après une période plus ou moins longue, le persécuté qui commence à se reconnaître dans le chaos de ses idées délirantes, s'agite, remue, discute sans cesse avec ses ennemis imaginaires que ses hallucinations mettent en rapport avec lui. Il cherche à les fuir ou essaye de se porter sur eux à de justes représailles, les accusant d'être la cause de tous ses malheurs par leur influence nuisible; déposant sans cesse des plaintes contre eux et appelant la justice à son aide. Si d'abord il essaye quelquefois de se suicider pour échapper à ses ennemis, il ne tarde pas à réfléchir que la vengeance vaut mieux que la mort et il en arrive souvent à l'homicide. Telle n'est pas la conduite de notre malade. Au lieu d'une activité quelquefois extrême, nous trouvons une indolence, une apathie invincibles; au lieu de discussions, ce ne sont que des plaintes monotones sur son malheureux sort, sur les souffrances qu'elle endure; au lieu d'accusations contre les autres, elle s'accuse elle-même d'être la cause des misères du monde. Elle fait des tentatives de suicide répétées et si elle a eu des impulsions à l'homicide, ce n'est pas par esprit de vengeance ou pour attirer sur elle l'attention de la justice, mais pour éviter à son enfant, qu'elle croit maudite comme elle, toutes les souffrances qu'elle endure. D'un autre côté, notons en passant que ces impulsions ne sont pas paroxystiques et ne s'accompagnent pas des phénomènes ordinaires qu'elles présentent chez les héréditaires dégénérés, dont le délire d'ailleurs, n'a pas la même coordination, la même marche continue et progressive, la

même tenacité provoquant une conviction inébranlable. Du reste, les antécédents physiques, intellectuels et moraux de notre malade empêchent absolument de la classer dans ce groupe particulier et d'en faire autre chose qu'une prédisposée.

Si notre malade s'éloigne beaucoup des délirants chroniques, elle se rapproche d'un autre côté d'une façon sensible des mélancoliques anxieux ordinaires. D'abord, disons qu'elle a eu déjà des accès de mélancolie, et qu'à moins d'admettre une transformation complète de la nature de la maladie, fait très rare (au moins chez une malade simplement prédisposée), on ne peut qu'en faire une variété de mélancolie. Et, en effet, comme dans la mélancolie anxieuse commune, Mme A. M... est dans un état d'angoisse intense, de souffrance qu'exprime assez la contraction des traits de la physionomie ; elle gémit sans cesse, répétant continuellement les mêmes plaintes, exprime son anxiété par des soupirs, des pleurs, des expressions de regret, de désespoir, réclame du secours ; elle reste apathique, et indolente, indifférente à tout, occupée seulement de son triste état. Et tous ces symptômes durent depuis le premier jour de la maladie. Si l'on voit par hasard, chez certains persécutés, survenir un état d'anxiété pareil, cela n'est que passager et le délire ne tarde pas à reprendre sa forme caractéristique.

Les signes physiques sont aussi ceux que l'on observe chez les mélancoliques ordinaires, peut-être un peu atténués, mais quoi d'étonnant à cela en considérant la longue durée de la maladie ?

D'un autre côté, les troubles de la sensibilité spéciale et générale, relatés dans l'observation ci-dessus, sont bien tels qu'on les observe dans la mélancolie anxieuse. Ici, peu d'hallucinations de l'ouïe, mais des hallucinations très intenses de la vue, des illusions du goût, de l'odorat, des troubles très graves de la sensibilité générale donnant lieu à autant de sensations fausses ou faussement interprétées. De toutes les formes de vésanie, c'est certainement la mélancolie qui présente le plus souvent ces sortes de troubles de la sensibilité ; et si, chez certains persécutés on trouve quelquefois de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie, ces phénomènes n'offrent jamais, au moins toute la durée de la maladie, le caractère de prédominance que nous leur voyons dans le cas actuel. Ici, au contraire, ce sont

eux qui dirigent la scène et donnent lieu aux conceptions hypochondriaques qui, à leur tour, entretiennent l'état mélancolique.

Cette prédominance des troubles sensoriels commence donc déjà à distinguer cette forme particulière de la mélancolie anxieuse, distinction que la nature des idées délirantes ne fait que rendre évidente.

Ce qui domine chez les anxieux ordinaires ce sont les idées de perte, de ruine, de déshonneur, de culpabilité. S'il y a des idées hypochondriaques, elles s'expriment par des plaintes ou des préoccupations exagérées sur l'état de la santé, sur des sensations maladives de toute nature auxquelles s'associent souvent des idées d'empoisonnement. Les malades alors sentent leur tête vide ou brûlante, leur bouche collée, ils se plaignent de l'état de leur estomac, de leurs intestins ; quelquefois, ils gémissent de ne plus prendre goût à rien, ils craignent de ne guérir jamais. Mais on ne trouve pas chez eux ces idées hypochondriaques de *non existence* ou de *destruction* analogues à celles des paralytiques généraux que nous avons signalées chez notre malade et que M. Cotard a aussi observées chez les siens qui sont avant tout, comme il le dit, des *négateurs*.

Qui nous porte maintenant à considérer cette maladie comme une forme particulière de mélancolie anxieuse ; et quel intérêt a-t-on à la séparer ? Les auteurs ont bien signalé chez certains mélancoliques les symptômes que nous indiquons. Marcé indique à une certaine période de la mélancolie l'apparition d'idées hypochondriaques d'un pronostic grave. M. Foville parle de la possibilité d'idées exclusivement religieuses et mystiques qui conduisent facilement les mélancoliques aux craintes de possession démoniaque. Mais nous ne voyons pas qu'on ait nettement distingué ces cas particuliers. Il nous semble cependant que l'on peut faire de ces cas une forme spéciale dans le grand cadre de la mélancolie. D'abord, à cause de la réunion des symptômes suivants : prédominance excessive des troubles de la sensibilité générale, différentes idées spéciales énoncées ci-dessus ; puis, à cause de la marche différente de la maladie et de son mode de début chez des aliénés ayant déjà eu des accès mélancoliques antérieurs guéris ou en proie à des troubles mélancoliques. Si quelquefois le début est brusque, comme chez certains malades de M. Cotard, qui présentent de suite et dès leur premier accès les symptômes spéciaux que nous avons

décrits, d'autres fois aussi ces symptômes se présentent comme chez notre malade, non seulement à un deuxième accès, mais encore, dans le cours de cet accès lui-même, après une certaine période de délire mélancolique ordinaire. Cet état spécial serait alors une sorte d'*aggravation* de la maladie.

Quoiqu'il en soit, une fois l'affection constituée, elle suit une marche distincte.

La mélancolie anxieuse est une vésanie d'accès ou intermittente, tandis que dans ces cas particuliers, lorsqu'apparaissent les signes sur lesquels nous avons insisté, il n'y a plus d'intermittences, les rémittences même sont rares ; le délire se stéréotype et dure ainsi identique avec lui-même.

On comprend dès lors l'importance de notre distinction au point de vue du pronostic. La longue durée presque certaine de la maladie quand apparaissent les idées hypochondriaques et de damnation, la systématisation du délire indiquée par le vocabulaire spécial du malade, la prédominance que les troubles délirants prennent alors sur les troubles mélancoliques, la fréquence des tentatives de suicide, tout cela assombrit le pronostic et fait de la maladie actuelle une maladie incurable.

En résumé les points principaux à signaler dans cette observation sont les mêmes que ceux mis en relief par M. Cotard dans son mémoire : nous les rappellerons ici :

1° Anxiété mélancolique ; — 2° Idées de damnation ou de possession ; — 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ; — 4° Analgésie ; — 5° Idées hypochondriaques spéciales ; — 6° Idées d'immortalité.

Nous avons exposé longuement les raisons qui nous ont empêché de faire de notre malade une délirante chronique. Malgré ses idées de damnation, nous n'avons pas songé à en faire une hystérique eu égard à l'absence chez elle des symptômes physiques, intellectuels et moraux caractéristiques de cette névrose. D'ailleurs les démoniaques hystériques sont rares à l'état isolé, surtout dans notre société actuelle et dans le milieu auquel appartient notre malade. Doit-on faire de cette sorte de maladie une nouvelle forme de folie religieuse se développant dans la mélancolie anxieuse comme se le demande M. Cotard ? Nous ne le pensons pas : le même auteur nous paraît avoir tiré des conclusions bien plus conformes à la réalité des faits dans son étude sur ce qu'il appelle le *délire des*

négations, sorte de période secondaire de certains états mélancoliques analogues à celui de notre malade.

Pour nous, sans chercher à créer une espèce pathologique distincte, nous rangeons le cas que nous venons de rapporter et les autres semblables dans la forme dont ils se rapprochent le plus par l'ensemble des symptômes observés; et c'est pour cela que nous croyons devoir faire de Mme A. M... une mélancolique anxieuse. Nous avons affaire alors à une forme particulière, *grave* de mélancolie anxieuse qui demande à être étudiée pour ne pas être confondue avec des cas qui s'en rapprochent, mais qu'une observation attentive, unie à la connaissance des symptômes et de l'évolution de la maladie, fera vite distinguer.

REVUE CRITIQUE

JUMPING, LATAH, MYRIACHIT;

Par G. GILLES DE LA TOURETTE.

En 1881, nous rapportions, d'après le Dr Beard[1], une série de faits particuliers observés aux Etats-Unis, dans la province du Maine, chez des individus sains ou tout au moins paraissant l'être, faits qui avaient pour caractéristique l'*excitabilité extrême* du patient, qui, à la moindre excitation, *faisait un saut* (*jumping*) désordonné, *répétait* à haute voix l'ordre qu'on lui avait donné et l'exécutait irrésistiblement.

Un ou deux exemples seront plus démonstratifs que toutes les descriptions :

« Pendant qu'un *sauteur*, dit le Dr Beard, était assis sur une chaise et coupait son tabac, je m'approchai de lui, et, le

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, 1881, n° V, p. 146-150.

frappant subitement sur l'épaule, je lui dis : *Jette-le.* Aussitôt il lança son couteau qui alla se planter dans une porte vis-à-vis et en même temps, répéta mon ordre : *Jette-le*, avec une expression particulière de terreur et d'alarme. »

« Deux sauteurs étaient-ils ensemble : Frappez - vous, commandait-on, et en même temps ils se portaient des coups fort violents. Lorsque le commandement était fait d'une voix brève et claire, le *sauteur* répétait de suite l'ordre et l'exécutait en même temps.

« Frappe », « frappe », disait-il, et il frappait; « Jette », « jette », répétait-il, et il jetait tout ce qu'il avait à la main. Peu importait la langue employée : il répétait aussi bien du grec que du latin, pourvu que l'ordre fût donné bref et sec et en quelques mots. Il y avait là un véritable réflexe. »

Disons encore que le *jumping* semblait héréditaire. Dans la famille sur laquelle le Dr Beard expérimentait, il y avait cinq *sauteurs*, le père, le fils et deux petits-fils âgés de quatre et sept ans. Dans une autre, trois frères étaient atteints.

Aujourd'hui, nous possédons la relation [1] d'un état analogue qui existe non plus en Amérique, mais en Asie, en Malaisie. Le narrateur n'est plus un médecin, c'est un curieux, M. O'Brien, qui, néanmoins, a bien vu et rapporté les faits qu'il a observés, en s'abstenant de commentaires. Le *jumping* américain est devenu, dans le langage malais, le *latah* qui, dans la circonstance, désigne tout à la fois l'individu et l'état spécial de l'individu qui en est affecté.

Cet état est fréquent parmi les Malais et les habitants des détroits : cependant, il n'est pas spécial à ces peuplades, car l'auteur a pu en observer plusieurs cas chez les Tamils, les Bengalais, les Sikhs et chez un Nubien de pure race.

L'acceptation malaise du mot *latah* est très large d'ailleurs : « elle englobe toutes les personnes d'une organisation nerveuse particulière, depuis ceux qui, par leur constitution mentale, paraissent absolument subordonnés à la volonté d'autrui, jusqu'aux personnes qui sont d'une nature plus ou moins excitable. »

Les Malais, qui sont d'un extérieur impassible, paraissent

[1] *Journal of the Straits branch of the royal asiatic Society.* Singapore, juin 1883. Nous devons cette communication à l'obligeance de M. de Quatrefages.



cependant d'une susceptibilité extraordinaire, qui déteint sur les actes de leur vie journalière. « C'est, dit M. O'Brien, cette intense sensibilité nerveuse, qui, selon moi, est la base des phénomènes que je vais décrire.

« *Classe A.* — Dans cette classe, je placerai ceux qui sont *affectés* d'une façon extrême par un bruit violent et inattendu ou par la vue de quelque chose d'alarmant. Cette particularité peut être observée dans toutes les races, mais, chez le *latah* malais, il y a deux caractéristiques que l'on ne retrouve pas ailleurs.

« D'abord, il est sous le coup d'une impulsion irrésistible qui le porte à s'élancer de suite sur l'objet le plus proche, animé ou inanimé : puis, à ce moment, il pousse une exclamation involontaire *qui est toujours obscène*; ce dernier phénomène se produisant dans l'un et l'autre sexe.

« *Classe B.* — Dans cette classe, je placerai les individus chez lesquels les phénomènes nerveux se produisent en dehors de toute excitation apparente ou plausible.

« Un exemple, pris entre plusieurs, fera mieux comprendre : remontant un jour un fleuve en compagnie de bateliers, je prononçai le mot *alligator* (*buaya*); aussitôt un des hommes qui m'accompagnaient se mit à donner les signes de la frayeur la plus exagérée, cherchant avec anxiété des moyens de défense. Ses compagnons, auprès desquels je m'informai des causes de cette soudaine terreur, me dirent que cet homme était un *latah*, mot qui, pour eux, expliquait tout. Quelques temps après, je tuais moi-même un alligator d'un coup de fusil. Ce même homme se précipita aussitôt sur lui, lui ouvrit la mâchoire avec un pieu sans donner aucun signe de frayeur, alors que ses compagnons se tenaient à une distance respectueuse de l'animal, qui peut-être n'était pas encore mort.

« Le mot *tigre* provoquait les mêmes phénomènes chez un médecin malais, qui était un des rares individus que j'ai connus osant seul, la nuit, s'aventurer dans les jungles.

« *Classe C.* — Cette classe comprend les individus qui, sans y être sollicités, *imitent* les *mots*, *sons* ou *gestes* de ceux qui les entourent, tout en jouissant d'un état mental parfaitement régulier, dans l'intervalle de ces accès.

« Cette propension à l'imitation est souvent combinée avec les autres phénomènes caractéristiques du *latah*, mais, dans beaucoup de cas, elle existe seule.

« Un exemple entre autres : pendant un voyage à travers la péninsule malaise, en 1875, je pris à mon service un jeune Malais que ses camarades me signalèrent comme *latah*, bien que sa conduite et sa conversation ne me présentassent rien que de rationnel.

« Vingt-quatre heures plus tard, nous tirions en signe de réjouissance une fusée-signal et, je me préparais à en faire partir moi-même une deuxième, lorsque ce jeune garçon me poussa violemment de côté, m'arracha la torche des mains, alluma la fusée, et tomba la face contre terre en poussant un cri inintelligible, accompagné de tous les signes de la plus violente frayeur. Je fus très étonné, car la violence est tout à fait étrangère au caractère malais. Le lendemain, ce jeune homme était parfaitement raisonnable et respectueux; ce jour même, nous prîmes la mer, et, le voyant sur le rivage, j'agitai la main de son côté en signe d'adieu. Il se mit à agiter frénétiquement la main; la rivière faisant un coude, je le perdis de vue : à ce moment même, je me mis à siffler et fus très étonné, lorsque je l'aperçus à nouveau, de le voir agiter encore la main et de l'entendre siffler un air européen qui lui était parfaitement inconnu.

« Quelque temps après, on me présenta une femme malaise âgée et très respectable. Je causai environ dix minutes avec elle sans rien soupçonner d'anormal. Tout à coup, celui qui me l'avait amenée enleva son habit : aussitôt elle commença à se déshabiller et elle se fût mise complètement nue si je ne m'étais interposé.

« Ce qui me parut bizarre, ce fut la rage de cette femme contre l'instigateur de cet outrage fait à son sexe. Pendant qu'elle se deshabillait, elle ne cessa de l'insulter grossièrement, l'appela « porc abandonné » et me supplia de le tuer.

« Je citerai en dernier lieu un cas qui eut une issue fatale : le cook d'un steamer était un *latah* des plus corsés. Il berçait un jour, sur le pont du navire, son enfant dans ses bras, lorsque survint un matelot qui se mit, à l'instar du cook, à bercer dans ses bras un billot de bois. Puis ce matelot jeta son billot sur un tendelet et s'amusa à le faire rouler sur la toile, ce que fit immédiatement le cook avec son enfant. Le matelot lâchant alors la toile laissa retomber son billot sur le pont : le cook en fit de même pour son petit garçon qui se tua sur le coup.

« Un de mes amis, habitant Singapour, me raconta qu'une Malaise *latah* voyant sa maîtresse déchirer une lettre et la jeter par la fenêtre s'empressa d'en faire autant d'un paquet d'habits neufs qu'elle portait.

« *Classe D.* — Les phénomènes qui se rapportent à cette classe d'individus sont encore plus incompréhensibles que les précédents :

« J'ai, à de nombreuses reprises, été en rapport avec des Malais affectés du *latah*, qui, sans aucun effort de ma part, se sont de suite complètement abandonnés à ma volonté et à mon pouvoir absolu de direction. J'ai, à différentes reprises, essayé ma puissance sur ces sujets et dans toutes les directions possibles et j'ai acquis la certitude que, dans chaque cas, mon influence sur ces esprits malades était pratiquement sans limites.

« Comme je ne crois jouir d'aucune puissance particulière, je puis donc conclure que l'influence exercée n'est pas proportionnelle à l'intensité variable du caractère de celui qui la met en œuvre.

« Je n'ai expérimenté sur aucun de ces sujets pendant plusieurs années, mais je sais que le *latah* qui, au simple commandement, se tient sur la tête, saisit une barre de fer rouge, ou frappe un spectateur, est parfaitement conscient de son état d'abaissement mental et souffre beaucoup de sa dégradation d'esprit.

« Le *latah*, qui se montre rarement chez les jeunes femmes, est fréquent chez les femmes mûres et âgées.

« Chez les jeunes, il se caractérise par une absence complète de sens moral (qui du reste n'est pas la vertu caractéristique des belles Malaises).

« Les femmes d'un âge avancé présentent le même état, et, ce n'est pas là un des phénomènes les moins bizarres du *latah*, qu'un mot, un regard, un geste, puissent pousser une femme de soixante-quinze ans à se conduire comme une hétaïre de vingt ans. »

Ces faits si singuliers ne sont pas particuliers à l'Amérique ou à la Malaisie, pays qui jouissent d'un climat chaud, on les observe également en pleine Sibérie, ainsi que le D[r] Hammond

en rapporte des exemples [1] d'après le témoignage d'officiers américains qui les ont observés.

« La compagnie se trouvait sur le fleuve Ussur, près de sa jonction avec l'Amour dans la Sibérie orientale. Au moment où nous arrivions au rivage, nous nous aperçûmes que notre compagnon, un capitaine d'état-major de l'armée russe, s'était approché subitement du pilote du navire, et sans motif, lui frappait le visage de ses mains. Après quoi, le pilote répétait exactement le geste qu'avait fait le capitaine et le regardait ensuite d'un œil courroucé.

« L'incident nous parut d'autant plus curieux qu'il dénotait une familiarité difficile à expliquer. Ensuite, nous vîmes le pilote faire un nombre indescriptible de ces mouvements, qui nous firent comprendre de quoi il retournait. Il semblait affecté d'une maladie mentale ou nerveuse qui l'obligeait à imiter tous les gestes qui venaient frapper ses sens. Si le capitaine donnait brusquement, en sa présence, un coup sur son côté, le pilote répétait ce coup de la même manière et sur le même côté ; si un bruit se produisait inopinément ou avec intention, le pilote semblait forcé, contre sa volonté, de l'imiter à l'instant avec une grande exactitude. Les passagers, par malice, se mirent à imiter le grognement du porc ou d'autres cris bizarres ; d'autres battaient des mains, sautaient, jetaient leurs chapeaux sur le pont, et le pauvre pilote imitait tous ces gestes avec précision, autant de fois qu'on les répétait.

« C'était un homme de moyenne taille, de bonne mine, plutôt intelligent, si on en jugeait par l'expression de son visage. Comme nous quittions la rive pour nous embarquer sur le bateau à vapeur, un de nos hommes jeta son béret à terre. Observant le pilote, nous le vîmes également jeter son béret.

« Plus tard, nous fûmes témoins d'un incident qui nous prouva jusqu'où s'étendait son irresponsabilité. Le capitaine du bateau, tout en battant des mains, buta accidentellement et tomba pesamment sur le pont. Le pilote, sans avoir été touché par le capitaine, se mit à battre des mains, et voulant l'imiter jusqu'au bout, tomba précisément de la même manière et dans la même position.

[1] V. *La Medicina contemporanea*, mars 1884, et l'*Union médicale*, du 24 avril 1884, à laquelle nous empruntons la traduction du mémoire du Dr Hammond.

« Le capitaine d'état-major nous assura que cette maladie était commune en Sibérie, et qu'il avait vu beaucoup de cas semblables du côté de Yakutsk, durant les hivers extrêmement froids qu'on y observe. Cette maladie est connue en Russie sous le nom de « *miryachit.* »

Suivant le Dr Hammond, il existe encore une maladie de même nature qui a été décrite en Allemagne sous le nom de *schlafftrunkenheit.* « Dans cet état morbide, un individu, étant subitement réveillé, commet des actes de violence et spécialement des assassinats. Dans certains cas, il semble sortir d'un rêve; dans d'autres, on ne peut invoquer cette cause. Ainsi, une sentinelle endormie, réveillée par un officier de service, se précipita sur celui-ci avec son sabre et l'eût tué si les assistants ne se fussent interposés. Il résulta de l'examen médical que cette action était involontaire et était la conséquence de la violente confusion mentale produite par un réveil subit, succédant à un profond sommeil. »

Nous ne chercherons pas à interpréter cet état bizarre, *jumping* du Maine, *latah* de Malaisie, *myriachit* de Sibérie, et peut être la *schlafftrunkenheit* d'Allemagne, nous préférons apporter notre contingent à cette série d'observations connexes. Nous observons en effet, en ce moment, dans le service de notre maître, M. le professeur Charcot, un cas qui, par bien des points, se rapproche de cet état singulier. Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans bien constitué, intelligent, raisonnant parfaitement, qui est affecté d'un hyperexcitabilité extrême, de tics particuliers, de soubresauts de la tête et du tronc à la fin desquels il prononce presqu'invariablement et avec force le mot de Cambronne. De plus, vient-on à parler devant lui, il se fait l'écho fidèle des deux ou trois mots qui terminent la phrase que l'on vient d'articuler.

Il y a là une source d'observations encore presque inexplorée, dont l'interprétation ne pourra être tentée que lorsqu'on aura recueilli un grand nombre de faits soigneusement observés et sans idée préconçue[1].

[1] Depuis que cet article a été composé, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer un deuxième sujet; son observation et trois autres qui appartiennent à M. Charcot, seront rapportées dans un prochain travail sur ce sujet. (G. T.)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Sur la névroglie; par L. Witkowski. (*Arch. f. Psych.*, XIV. 1.)

Si l'on traite le système nerveux central de l'embryon par une solution de pepsine chlorhydrique, on voit la substance fondamentale se digérer complètement, ce qui n'a pas lieu quand on fait subir le même traitement aux centres nerveux parfaitement développés. Quand donc la névroglie embryonnaire digestible se transforme-t-elle en névroglie indigestible de l'adulte? L'examen comparatif d'embryons d'un certain âge et de nouveau-nés montre que la solubilité de la névroglie est dans un rapport exactement inverse avec le développement parfait de la myéline. Quand la myéline manque tout à fait, les parties se dissocient complètement; n'y-a-t-il qu'une petite quantité de myéline, les tissus se ramollissent et finissent par se détruire totalement; enfin quand la genèse de la myéline a progressé dans de fortes proportions, la névroglie devient inattaquable. M. Witkowkski en conclut qu'il existe un rapport histogénique et chimique entre la substance myélinique et la névroglie, partant, qu'il n'y a pas de gaînes de Schwann. Un fait pathologique prouve encore, selon lui, que la névroglie est bien de la matière nerveuse. Il s'agit d'une dégénérescence consécutive à une hémorrhagie, qui avait détruit le lit de la scissure de Sylvius; non seulement la substance grise avait disparu, mais les parties fondamentales gliomateuses étaient anéanties. La participation de la névroglie à cette destruction parenchymateuse du système nerveux central indiquerait que la névroglie est de nature nerveuse et qu'elle est en particulier semblable à la myéline. Sans vouloir changer son nom, il faudrait se résoudre désormais à ne plus parler de prolifération de la névroglie. Ce qui prolifère, c'est la vraie substance conjonctive qui, elle, peut se transformer finalement en tissu conjonctif véritable. Mais alors la substance fondamentale disparaît et cède le pas à la néoplasie pathologique. Suivant que la néoplasie ou la disparition atrophique des éléments qui nous occupent constitue le premier phénomène, on aura affaire à une sclérose primitive ou à une dégénération primitive. Telle est la teneur de ce mémoire.

P. Kéraval.

II. Recherches sur la substance grise centrale de la moelle épinière et de la moelle allongée ; par W. Ainslie Hollis. (*Journal of Anat. and Physiol.*, vol. XVII et XVIII.)

L'auteur présente d'abord quelques remarques au sujet du développement de la névroglie dans la substance grise de la moelle (substance poliosynectique). — Puis étudie les cellules ganglionnaires de cette substance ; parmi les figures qui sont jointes à son travail, il en est une qui représente deux de ces cellules unies par une seule fibre formée par un prolongement de chacune d'elles. Chez les enfants et les jeunes chats, les prolongements polaires des cellules font souvent défaut ou sont très courts, il y a quelquefois deux noyaux. Les cellules des colonnes de Clarke et du tractus intermedio-lateralis n'ont qu'un prolongement, deux tout au plus, la racine de celui-ci apparaît à un fort grossissement comme une fibre spirale enroulée autour d'une fibre directe et d'un aspect assez analogue à celui-ci, signalé par Beale et Arnold dans certaines cellules du sympathique de la grenouille.

Dans l'olive, le diamètre des cellules varie moins que dans les régions précédentes, mais est plus petit ; elles sont sphéroïdales, unipolaires et leur corps est réuni au tissu synectique voisin par un délicat stroma de fibrilles ; elles sont quelquefois réunies les unes aux autres par de courts prolongements.

Hollis attribue la transparence plus grande des coupes de la moelle dans la substance grise à ce que le tissu synectique à ce niveau possède un indice de réfraction assez voisin de celui des substances employées pour le montage des pièces.

Il étudie le tractus intermedio-lateralis, et les colonnes vésiculaires de Clarke, qui, d'après lui, s'étendent jusqu'au commencement du filum terminale ; mais les groupes cellulaires sont plus abondants à la partie inférieure de la région dorsale ; ces colonnes vésiculaires disparaissent à la région cervicale, c'est à peine si par-ci par-là une cellule enfouie dans un amas de tissu synectique indique leur continuation vers les parties supérieures, mais on les retrouve au niveau de la décussation des pyramides et au niveau de la partie inférieure de l'olive, c'est elles qui forment le nucleus cuneatus.

Quant aux faisceaux de Goll, ils renfermeraient, au niveau du bulbe, une assez grande quantité de substance grise sous forme de substance synectique, dans laquelle se trouveraient même à la partie inférieure du bulbe un nombre considérable d'éléments cellulaires d'aspect pyriforme. P. M.

III. Sur la disposition centrale et périphérique des fibres du nerf optique, et sur le tubercule bigéminé antérieur; par Sigbert Ganser. (*Arch. f. Psych.*, XIII, 2.)

I. Quels sont chez les mammifères les rapports anatomiques du faisceau de fibres qui subit l'entrecroisement et du faisceau de fibres direct, dans la bandelette optique, le chiasma et le nerf optique? Quel est le mode d'irradiation de ces deux faisceaux dans la rétine? Quelle part prennent-ils tous deux à l'innervation de la *macula*? Tels sont les premiers problèmes que M. Ganser se propose de résoudre, à l'aide de la vivisection, chez le chat. Cet animal, tout en ne le cédant en rien au chien comme intelligence, comme développement et poids du cerveau, se guide surtout par la vue et l'ouïe, et possède un champ visuel étendu (situation des axes oculaires sensiblement égale à celle de l'homme; faisceau croisé remarquablement volumineux); sa rétine présente de plus une démarcation extrêmement nette des éléments cellulaires, de la substance nerveuse et de la substance conjonctive. — Pour isoler le faisceau non entrecroisé en épargnant le plus possible l'encéphale, l'auteur énuclée, trois jours après la naissance, un des yeux; il fait pénétrer par le trou optique une fine pince et s'en va, en rasant la ligne médiane, arracher la bandelette optique. Cet arrachement doit avoir pour résultat la destruction des faisceaux croisés des deux yeux, du faisceau direct de l'œil enlevé et de toute la commissure inférieure, de sorte que l'œil conservé n'a plus à son service que le faisceau direct. Les allures de l'animal, au moment où il apprend à marcher, l'étude des altérations ophthalmoscopiques, l'examen histologique de la rétine, constituent autant de moyens de contrôles pour la distribution des faisceaux en question. Voici les résultats : chez le chat, les fibres du nerf optique directes forment dans le chiasma et le nerf optique un trousseau distinct qui suit le bord externe de ces deux organes; il recouvre un peu la face supérieure du faisceau croisé, mais c'est à peine s'il existe entre les deux faisceaux une petite zone noyée de fibres mixtes. Le faisceau de fibres directes se distribue exclusivement à la moitié temporale de la rétine. On est tenté de croire que le faisceau entrecroisé fournit, lui aussi, des fibres à l'area centralis; mais il convient d'entreprendre de nouvelles expériences à cet égard.

II. Pour déterminer les rapports qu'affecte le lobe occipital avec la bandelette optique, M. Ganser le résèque chez des jeunes chats de deux ou trois jours, sur un hémisphère, en ayant soin de respecter les ganglions de la base. Il obtient une atrophie de la bandelette optique du même côté; cette atrophie se continue sur les deux nerfs optiques, mais est plus prononcée sur le nerf du côté opposé : par conséquent, le faisceau qui ne s'entrecroise pas est, chez le chat, plus petit que celui qui s'entrecroise. On constate

en outre, un début d'atrophie des couches de fibres des moitiés homonymes des deux rétines, surtout dans la papille. L'auteur se garde de conclure encore à cause de l'existence,dans l'espèce, d'une hydropisie ventriculaire.

III. Le tubercule bigéminé antérieur comprendrait, d'après M. Ganser, sept couches :

1° Une couche de fibres zoniformes périphériques, qui n'existe que chez les mammifères supérieurs;
2° — grise superficielle;
3° — de subst. médullaire superficielle; } strato-bianco
4° — — grise moyenne } cinereo de
5° — — médull. — } Tartuferi.
6° — — — profonde ;
7° — — grise — ou tubuliforme.

Des expériences comme celles que nous venons de rapporter, instituées chez des rats, le portent à conclure que la couche moyenne de substance blanche provient, en partie du moins, de l'écorce du cerveau. P. Kéraval.

IV. L'influence de la faim sur les centres nerveux; par le Dr Rosenbach. Laboratoire clinique du Dr Mierzejewsky. (*Messager russe.*)

L'auteur nous présente tout d'abord toute une série des « dégénérescences » de cellules nerveuses dans différentes parties de la moelle et du cerveau des animaux, qu'il faisait mourir de faim. Ensuite, il étudie l'influence sur l'excitabilité du cerveau (diminution), et enfin il nous rapporte toutes les observations et faits cliniques propres à cette question. T. Kahn.

V. Les phénomènes produits par la section des fibres optiques dans l'hémisphère cérébral ; par le Dr Betcherew. (*Ibid.*)

Les expériences faites par l'auteur sur les chiens, démontrent que les fibres optiques au delà du tubercule quadrijumeau ne s'entrecroisent pas ; — les résultats de cet observateur seraient donc contradictoires à beaucoup d'observations cliniques connues. Quand il s'agit de troubles visuels, il me semble être bien difficile de tirer des conclusions des expériences faites sur les animaux ; et même chez l'homme pour conclure d'un défaut visuel quelconque, il faut recourir à un examen périmétrique très précis. T. K.

VI. Sur les effets respiratoires de l'excitation du pneumogastrique ; par F. Henrijean (de Liège). (*Bulletin de l'Acad. des sciences de Belgique*; 3e année, 1882, t. III.)

L'excitation du bout central du pneumogastrique provoque gé-

néralement par voie réflexe des mouvements d'inspiration beaucoup plus rarement des arrêts en expiration. Cette variété d'effets réflexes s'explique par la présence de fibres inspiratrices et de fibres expiratrices, les premières étant plus accessibles à l'excitation. Chez un lapin chloralisé l'excitation du bout central produit toujours un arrêt en expiration, l'action des fibres d'inspiration est donc momentanément suspendu.

Frédéricq attribue cette action du chloral à la paralysie du centre inspiratoire. — M. Franck, au contraire, prétend que l'inspiration qui suit l'excitation du nerf vague est une réaction douloureuse et qu'on la supprime en anesthésiant l'animal. Pour élucider cette question, M. Henrijean a répété l'expérience de l'excitation du bout central du pneumogastrique après avoir enlevé les centres nerveux sensibles, c'est-à-dire les hémisphères centraux et, dans ces conditions, il n'a jamais obtenu l'arrêt en expiration qu'on observe chez les animaux chloralisés. Il en conclut avec Frédéricq « que le chloral n'agit pas simplement comme anesthésique, mais qu'il paralyse le centre d'inspiration auquel aboutissent les fibres correspondantes du pneumogastrique ». D.

VII. Contribution expérimentale a la connaissance du corps restiforme, du noyau externe de l'acoustique, et de leurs rapports avec la moelle; par v. Monakow. (*Arch. f. Psych. u Nervenk.*, XIV, 1.)

Sur la surface de coupe de l'acoustique, entre le corps restiforme et le noyau interne de ce nerf, sur les côtés du segment interne du pédoncule cérébelleux, et dans les mailles de ce dernier, existe une collection de cellules nerveuses multipolaires, de gros calibre, que Clarke a désignée sous le nom de noyau externe de l'acoustique. Presque tous les auteurs en font provenir des fibres de cette paire crânienne, mais tous ne sont pas d'accord sur leur direction. Deiters seul le considère comme un relai entre les fibres de la moelle (cordons antéro-latéraux) et les pédoncules cérébelleux inférieurs. Pour résoudre la question des connexions des cellules qui nous occupent, M. Monakow s'est proposé d'éliminer de la région les tractus issus de la moelle. Il a pratiqué chez le lapin nouveau-né une section transverse complète de la moitié gauche de la moelle, immédiatement au-dessus de l'entrecroisement des pyramides. Un fait, dans lequel l'animal survécut assez longtemps pour que les dégénérescences examinées six mois plus tard fournissent le déblaiement projeté, permit l'analyse plus facile du corps restiforme, des prolongements du noyau considéré et de la terminaison d'une partie du corps restiforme dans le cervelet. Les conclusions tirées par l'expérimentation sont les suivantes : Les cordons latéraux de la moelle participent à la formation du *stratum zonale*, montent obliquement dans le corps restiforme

dont ils occupent d'abord le champ latéral puis, *suprà*, le champ moyen, continuent avec le corps restiforme leur trajet dans le cervelet, et se terminent sans doute dans l'écorce du vermis supérieur du même côté. Une petite partie du cordon latéral constitue un faisceau compact qui, affectant toujours la même direction, gagne en haut la protubérance; il paraît entrer en rapport avec les fibres latérales du ruban de Reil. Le corps restiforme reçoit encore des fibres issues des fibres arciformes de la formation réticulaire, qui concourent à la formation du stratum zonale. Le faisceau cunéiforme du même côté lui envoie également un fascicule. — Une partie assez importante des fibres du corps restiforme, ou du faisceau cunéiforme qui marche avec lui, trouve une fin provisoire dans les grandes cellules du noyau externe de l'acoustique. Peut-être le faisceau cunéiforme fournit-il encore au cervelet, mais ce doit être bien peu. — Au-dessus du noyau externe de l'acoustique, de nouveaux tractus de fibres doivent exister; ces nouveaux tractus émanent vraisemblablement des fibres arciformes de la formation réticulaire, qui viennent de la racine ascendante du trijumeau. — En somme, le corps restiforme comprend tout à fait en dedans, des fibres issues du faisceau cunéiforme; une couche moyenne formée des cordons latéraux cérébelleux; une zone externe presque entièrement constituée par les fibres arciformes issues de la formation réticulaire. — Quant au noyau externe de l'acoustique, il n'affecte aucun rapport étroit avec le nerf acoustique; il dépend bien plus de la moelle et doit être regardé comme un noyau du faisceau cunéiforme. Le segment interne du pédoncule cérébelleux touche peu au noyau envisagé ici.

P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Coliques de plomb. Encéphalopathie saturnine; par M. Comby.

Un homme de trente-sept ans, à la suite d'une colique de plomb de moyenne intensité, fut pris de délire, de convulsions et de coma; il succomba en huit jours à des accidents encéphalopathiques. La moelle, le cervelet et le bulbe contenaient des traces de plomb. (*France méd.*, 1882, t. II.) G. D.

II. Contribution a la pathologie et a la thérapeutique du tabes dorsal; par Th. Rumpf. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Sur vingt-sept tabétiques examinés quant à la *syphilis*, M. Rumpf trouva la proportion de 66 p. 100; tous ces syphilitiques avaient présenté des symptômes d'infection extraordinairement légers, aussi n'avait-on institué à leur égard qu'un traitement court et peu énergique : circonstance capable d'expliquer les différences dans les anamnestiques et l'explosion de la maladie tabétique. En tout cas les résultats du traitement antisyphilitique sont, dans l'espèce, rarement grands. L'auteur en rapporte cependant un cas bien et dûment diagnostiqué guéri à la suite de quatre-vingt-huit onctions hydrargyriques. Quoi qu'il en soit, considérant les excellents effets du pinceau faradique dans le tabes ordinaire, l'auteur procède chez le tabétique syphilitique à la *double médication spécifique et faradique*; il en a obtenu de très bons résultats; l'association est surtout heureuse quand il existe des douleurs et des troubles de la sensibilité et que l'ataxie n'est pas très prononcée. P. Keraval.

III. Sur des attaques apoplectiformes et épileptiformes survenues dans les premiers stades ou dans le cours du tabes; par M. Bernhardt. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 1.)

Deux observations sont relatées. La première concerne un homme de quarante-sept ans atteint depuis cinq ans d'ataxie locomotrice ; pas de complications psychiques, pas de syphilis, pas d'affection cardiaque. En quelques semaines, attaques répétées, passagères, caractérisées par une perte de la parole, tantôt unique, tantôt accompagnée de monoplégie (du membre supérieur) ou d'hémiplégie (des deux membres) du côté droit. Ni céphalalgie, ni perte de connaissance; le malade était en état de penser, mais il ne pouvait émettre aucun mot. Durée des attaques, dix minutes à dix heures environ; aphasie avec agraphie. Répétition jusqu'à vingt-deux fois en vingt-quatre heures. — L'observation II est celle d'un homme de quarante-quatre ans. Ici l'ataxie fut précédée, dix-huit mois avant l'apparition des premiers phénomènes, d'une perte de la parole également soudaine, sans perte de connaissance; il recouvre quelques minutes plus tard la parole, mais le soir du même jour, il perd soudain connaissance pendant trois quarts d'heure. Le jour suivant la parole est encore un peu embarrassée, mais ce trouble n'est que de courte durée; il est vrai que pendant quelques semaines il éprouve une certaine lassitude générale. Pas d'affections viscérales, pas de perturbations psychiques, pas de syphilis. — Ces accidents ne relèvent ni d'une affection cardiaque, ni de l'alcoolisme chronique, ni d'une sclérose

en plaques, ni de la syphilis. Leur évolution les classe à côté des attaques qui se montrent si fréquentes dans la paralysie générale. Or, on sait que celle-ci peut être elle-même précédée pendant plusieurs années de symptômes tabétiques. En tout cas, en attendant que ces deux malades deviennent paralysés généraux, on peut, comme l'auteur, admettre qu'ils dérivent d'un trouble cérébral en rapport immédiat avec le tabes. Des attaques épileptiformes, justiciables des mêmes appréciations se montrent dans les mêmes conditions. On n'en sait pas davantage sur leur pathogénie. Voir les observations de M. M. Vulpian (*Revue de médecine*, 1882), de MM. Debove (*Prog. médical*, 1881), Lecoq (*Revue de médecine*, 1882). P. K.

IV. Un cas de tumeur cérébrale avec surdité centrale unilatérale; par Adolf Struempell. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Faisant abstraction des troubles de la motilité et de la sensibilité qui furent ceux habituels, nous relèverons l'état de l'ouïe. L'oreille gauche présenta successivement de la dyscacousie, des bourdonnements (sifflements, sons de flûte, gazouillements d'oiseaux), une complète surdité même au contact de la montre sur les os du crâne ; en même temps incapacité absolue de localiser l'origine des perceptions auditives transmises par l'autre oreille. Intégrité clinique et anatomique de l'oreille droite. Intégrité anatomique de l'oreille gauche ; un gliome occupe la pariétale ascendante et les circonvolutions pariétales contiguës. L'auteur rattache l'état de l'ouïe à la lésion du lobe pariétal; malheureusement il existait en même temps des phénomènes oculaires témoignant de l'augmentation de la pression intra-crânienne, et la tumeur, grosse par elle-même comme une pomme, est entourée d'une large zone de ramollissement qui s'étend dans tous les sens. P. K.

V. Contribution a l'étude de la réaction dégénérative aux courants faradiques; par Alfred Kast. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

La réaction dégénérative aux courants faradiques (An S Z > Ka S Z) constituerait dans les paralysies atrophiques un symptôme clinique de bon présage en ce sens qu'elle indique avec certitude que l'appareil neuro-musculaire n'est que légèrement lésé, et qu'elle fait espérer une issue favorable des phénomènes paralytiques. P. K.

VI. Hémiathétose aigue du côté gauche (?) sans affection en foyer; par Kirchhoff. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 3.)

Buveur, indemne de rhumatisme. A soixante ans, énorme dilata-

tion du cœur avec insuffisance valvulaire et gêne de la circulation en retour. Cirrhose hépatique. Très violents accès de dyspnée accompagnés de troubles de la motilité qui se montrent vingt-deux jours avant la mort sur tout le côté gauche du corps. La forme des mouvements, leur sélection sur les extrémités, leur continuité, même pendant le sommeil, l'impuissance de la volonté imposent le diagnostic d'athétose auquel contredisent la participation des muscles oculaires, et masticateurs, et du facial entier, ainsi que l'étendue des phénomènes. Pas de troubles de la sensibilité; pas de paralysie franche. Aucun foyer cérébral. M. Kirchhoff rapproche ce fait des accidents semblables dus à l'anémie (chorea dimidiata d'Eulenburg), à la résorption biliaire (excitation cérébrale) de l'atrophie jaune aiguë du foie. Peut-être l'athétose a-t-elle aussi le cœur pour origine : action réflexe par l'intermédiaire du nerf vague gauche qui semble innerver presque à lui seul l'organe central en question, si l'on en juge par la différence de volume qu'il présente au-dessus et au-dessous de lui. P. K.

VII. Contribution à la casuistique des tumeurs cérébrales; par Richter (de Dalldorf). (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIX, 5.)

Un homme de quarante-sept ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, est atteint d'accès d'épilepsie avec perte de connaissance, de troubles intellectuels avec perte de la mémoire, d'agitation maniaque furieuse: inconscience des actes. Les convulsions ressemblent, vers la fin, aux mouvements involontaires que produit l'électrisation ; ces décharges s'effectuent à l'occasion des actes intentionnels. Troubles de la vue: papilles étranglées. Deux mois et demi plus tard, soudain perte de connaissance, flaccidité des membres, insensibilité, immobilité, thorax fixe, respiration difficile. P. 50; T. R. 35°,5. — Le cœur cesse de battre le lendemain soir. A la base du cerveau, entre les deux nerfs optiques, apparaît un néoplasme tendu, rosé, qui vient faire saillie entre les lobes frontaux, et soulever le corps calleux; il occupe la partie inférieure de l'insula et le gyrus rectus du côté droit. C'est un gliome qui a atteint le genou du corps calleux, la partie inférieure du gyrus fornicatus des deux côtés, la corne antérieure du ventricule latéral gauche, la cloison transparente. A droite, la transformation porte sur la paroi interne de la corne antérieure du ventricule, la bandelette optique, l'origine de l'olfactif, la partie antérieure de la couche optique et sa région moyenne, la partie inféro-antérieure du noyau caudé, la partie inférieure de l'insula et les circonvolutions frontales et pariétales voisines, le gyrus uncinatus, la capsule interne, etc. La lecture de la description histologique complète permet seule d'en apprécier l'étendue. P. K.

VIII. Sur le substratum anatomique du tétanos; par Friedr. Schultze (de Heidelberg). *(Neurol. Centralbl.*, 1882.)

L'auteur passe en revue, à la lumière de la technique microscopique, les assertions d'Aufrecht sur l'atrophie des cellules nerveuses de la moelle cervicale et dorsale (granulations obscures et grains pigmentaires de la substance grise), et l'inflammation parenchymateuse de ces éléments qui, pour cet observateur, serait la cause du tétanos. Après les avoir battues en brèche, il montre, par le même genre de procédés, que le tétanos n'a pas encore de substratum anatomique. Quatre nouveaux cas à l'appui de sa thèse. P. K.

IX. Contribution a la localisation des paralysies saturnines dans les extrémités inférieures; par E. Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Le type établi jadis par Remak (*Arch. f. Psychiatrie*, VI, 41) porte sur la paralysie dégénérative des péroniers et des longs extenseurs des doigts avec immunité du tibial antérieur. L'observation communiquée ici constitue précisément une exception en ce sens que le jambier antérieur est également atteint. P. K.

X. Poliomyélite antérieure subaigue cervicale circonscrite chez l'adulte; par C. Eisenlohr. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Observation à lire en entier. P. K.

XI. Etat anatomo-pathologique dans un cas de paralysie infantile spinale existant depuis trois ans; par Friedr. Schultze (d'Heidelberg). (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Il s'agit d'une forme paraplégique. La substance grise antérieure de la moelle lombaire présente une disparition presque absolue des cellules nerveuses; en même temps on constate des altérations vasculaires (parois épaissies, riches en cellules); quelques vaisseaux contiennent de grandes quantités de matière colorante du sang (pigment congloméré en globules). En conséquence, ce n'est pas pour M. Schultze une myélite aiguë parenchymateuse, une atrophie primitive des cellules nerveuses. Peut-être, vu la présence de la matière colorante du sang dans les vaisseaux, serait-on autorisé à penser que la paralysie spinale aiguë de l'enfance a pour origine des hémorrhagies primitives. P. K.

XII. Situation de l'omoplate dans les paralysies du grand dentelé; par A. Seeligmueller. (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

Dans la paralysie du grand dentelé qui persiste depuis un temps

assez long, le corps étant vertical, et le bras pendant au repos, l'angle inférieur de l'omoplate se rapproche de la colonne vertébrale en s'éloignant de la paroi thoracique; il en est en maints cas de même du bord médian de l'omoplate. P. K.

XIII. Contribution au traitement du tabes dorsal a l'aide du pinceau faradique; par Th. Rumpf. (*Neurol. Centralbl.*, 1882[1].)

L'auteur apporte deux observations de guérison par ce moyen. Une autre série de cas aurait entre ses mains témoigné soit d'améliorations radicales, soit de rétrocessions complètes de certains symptômes, tels que troubles de la sensibilité, douleurs, crises laryngées. Enfin, bien d'autres malades n'auraient éprouvé qu'une amélioration passagère, n'auraient pu supporter l'application de l'électricité, auraient présenté des contre-indications. P. K.

XIV. Présentation d'un cas d'atrophie hémilatérale de la face; par E. Küster. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Rien de nouveau, si ce n'est que les os ne participent pas au trouble trophique ; cette particularité s'explique par ce fait que la maladie ne commença dans l'espèce qu'à l'âge de 28 ans, c'est-à-dire à une époque où le système osseux a terminé son évolution.
P. K.

XV. Convulsions idiopathiques de la langue; par O. Berger. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Femme de 28 ans ; pas d'hérédité; éclampsie à la période de la dentition (1re année). En 1875, refroidissement laissant après lui un œdème de la jambe droite (disparu depuis); dès lors, les époques menstruelles sont assez souvent accompagnées de douleurs lancinantes dans la jambe droite. Le 21 octobre 1877, brusquement, sans prodrômes, se montrent les accès suivants: au milieu de la meilleure santé, sensation de tension sus-laryngienne siégeant immédiatement au-dessous du menton ; puis la langue, qui semble à la malade enfler au point de remplir toute la bouche, est parcourue d'arrière en avant par une ondulation : c'est l'aura qui dure une à une minute et demie. L'organe est ensuite involontairement, irrésistiblement projeté violemment en avant ; il vient frapper les arcades dentaires en produisant un bruit perceptible ou montrer la pointe entre les lèvres. Ces convulsions rhythmiques se succèdent cinquante à soixante fois par minute. La parole et la dégluti-

[1] *Archives de Neurologie*, t. II, p. 242 ; t. VII, p. 339.

tion sont impossibles pendant l'accès, qui n'entraîne d'ailleurs aucun autre accident immédiat ou consécutif. Durée de l'accès, une à deux minutes; il est suivi pendant quelques minutes de contractions fibrillaires. Répétition à des intervalles variés. Guérison à l'aide des toniques et des reconstituants de tous ordres. — Homme de quarante-deux ans. Ici pas d'aura; projections brusques, involontaires, animées d'une grande force, de la langue hors de la bouche plusieurs fois de suite, même pendant la nuit. Le malade, effrayé, ferme involontairement les mâchoires et se blesse ainsi fréquemment. Nul autre accident ni avant ni après. Absence d'étiologie. M. Berger croit à l'excitation centrale, corticale ou bulbaire de l'hypoglosse. Il en rapproche *la convulsion idiopathique du crémaster* tout aussi inexpliquée qui, elle, cause une sensation de contraction locale extrêmement pénible. Guérison à l'aide d'injections sous-cutanées d'atropine (1er cas) et de séances de galvanisation (+ à la région lombaire, — au scrotum). P. K.

XVI. Absence apparente des nerfs olfactifs ; par A. Lebet. (*Société de Biologie*, 24 nov. 1883.)

L'auteur découvre à l'amphithéâtre, un cerveau sur lequel le nerf olfactif droit est réduit à un bourgeon de 2 millimètres d'élévation, le gauche a une bandelette longue de 8 millimètres. Les deux racines blanches existent de chaque côté et le sillon olfactif manque sur l'hémisphère droit où le nerf optique correspondant s'est creusé une gouttière. Au reste crâne, méninges, encéphale sont normaux. Ainsi que dans le cas célèbre de Cl. Bernard, la femme avait joui de la plénitude de son odorat.

M. Duval a trouvé des filets nerveux olfactifs dans la lame criblée, dans la muqueuse de Schneider. Ils y seraient parvenus en passant par la portion du tissu sous-arachnoïdien qui enveloppe normalement le bulbe et le cordon olfactifs, ce qui n'a pu être vérifié. D. B.

XVII. Sur une cause de surdité; par R. Lépine. (*Lyon médical*, 1883, n° 48.)

Chez un jeune homme de dix-huit ans, avec les divers symptômes d'une néoplasie intra-crânienne, on observe une perte rapide de l'ouïe, sans aucune douleur dans l'appareil auditif, puis une amaurose complète. A l'autopsie, une masse gélatiniforme, englobe la base de l'encéphale et les nerfs qui en émanent jusqu'au collet du bulbe. Aucune atrophie, aucune dégénération des nerfs, pas plus des nerfs optiques que des acoustiques. C'était une néoplasie syphilitique et probablement une manifestation héréditaire

ardive. M. Lépine suppose que les terminaisons nerveuses du nerf auditif se trouvaient dans une condition analogue à celle de la rétine au cas de papille étranglée. En pareil cas, la surdité ne saurait, pas plus que l'amaurose, autoriser une localisation du néoplasme.

M. Lépine a pu depuis voir que Bernhardt dans son ouvrage sur les tumeurs du cerveau, avait rapporté certains troubles auditifs à l'augmentation de la pression intra-crânienne. D. Bernard.

XVIII. Cas d'asymétrie du cerveau présentant des particularités relatives a la question des connexions qui existent entre les nerfs optiques et certaines régions de l'écorce du cerveau; par S.-J. Sharkey. (*Med. chir. Transactions*, t. LXVI, 1883.)

Il s'agit d'un cas d'hémiplégie infantile, avec arrêt de développement de tout l'hémisphère; la relation entre la diminution de volume du tractus optique et l'irrégularité du gyrus angulaire n'est pas rigoureusement établie, quoiqu'en dise l'auteur. Ch. F.

XIX. Contribution aux localisations cérébrales, par S.-J. Sharkey. (*The Lancet*, septembre et octobre 1883.)

L'auteur rapporte à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales, ses observations intéressantes : 1° Méningite tuberculeuse avec un amas de tubercules occupant l'extrémité supérieure des deux circonvolutions centrales du côté droit, ayant déterminé des convulsions à gauche et une paralysie de la jambe gauche. — 2° Ramollissement de la circonvolution pariétale ascendante droite, produisant un tremblement et une paralysie permanente du bras gauche et un tremblement et une paralysie transitoire de la jambe gauche. — 3° Ramollissement de la partie postérieure de la troisième frontale et de la partie inférieure de la frontale ascendante des deux côtés, avec paralysie de la face et aphasie. — 4° Abcès du cerveau d'origine traumatique dans la région pariétale gauche (moitié supérieure des circonvolutions ascendantes), produisant des convulsions et une paralysie du bras droit et du côté droit de la face, avec aphasie. — 5° Ramollissement de la frontale ascendante du côté droit, accompagné d'une paralysie du bras gauche et d'une parésie de la jambe, de la face et de la langue. — 6° Convulsions et paralysie du côté droit du corps dues à une inflammation aiguë et à la destruction de certaines parties de l'écorce de l'hémisphère gauche. — De l'examen de ces observations, M. Sharkey tire les conclusions suivantes, qui concordent avec celles du travail de MM. Charcot et Pitres (*Revue de Médecine*, 1883). A. Il existe des centres moteurs corticaux, situés sur les

deux circonvolutions ascendantes et les parties voisines de la face interne de l'hémisphère. — *B*. Les centres du bras, de la jambe et de la face sont plus ou moins distincts anatomiquement. — *C*. Ces centres, pour la partie inférieure de la face et la langue, sont situés à l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante ; chez beaucoup de personnes, la partie postérieure de la troisième frontale gauche, son insertion à la frontale ascendante, sont spécialement en rapport avec la fonction du langage. — *D*. Le centre du bras est situé sur la partie moyenne des deux circonvolutions ascendantes. — *E*. Le centre de la jambe occupe l'extrémité supérieure des mêmes circonvolutions et les parties voisines situées sur la face interne de l'hémisphère. Ch. F.

XX. Pénétration d'un fragment de fer dans la substance cérébrale ; mort en quatre mois ; autopsie ; par Burr. (*The American Journal of the medical sciences*, juillet, 1882.)

Le sujet de l'observation, jeune homme d'une vingtaine d'années, reçut pendant une chasse un éclat de fusil un peu au-dessus de l'arcade zygomatique gauche; il ne perdit pas connaissance et put rentrer à pied chez lui. Vingt-quatre heures après l'accident, il éprouvait seulement un peu de céphalalgie et une légère surdité, mais pas d'autres troubles cérébraux. Des tentatives furent faites pour extraire le corps étranger, mais elles n'aboutirent qu'à produire l'issue de la matière cérébrale, ce qui les fit cesser immédiatement. Néanmoins le malade guérit très vite et put reprendre ses occupations, ne conservant qu'une petite fistule au niveau de la plaie. Mais, au bout de trois mois, le lendemain d'une orgie, il fut pris subitement d'une céphalalgie extrêmement vive, et il mourut au bout de quatre heures. A l'autopsie, le projectile constitué par une portion du canon et une des cheminées, fut trouvé dans le milieu de l'hémisphère gauche, près de la scissure de Sylvius. Cette observation montre une fois de plus combien quelquefois le cerveau supporte facilement la présence des corps étrangers; il est regrettable seulement que les lésions ne soient pas indiquées avec plus de détails. Dauge.

XXI. Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive; par J.-L. Prévost. (*Soc. méd. de la Suisse romande.*)

Après avoir analysé les différents travaux qui ont paru sur cette question, M. Prévost pose les conclusions suivantes :

1° L'origine syphilitique de l'ataxie n'est pas aussi fréquente que l'ont prétendu certains auteurs (Erb en particulier), il semble cependant difficile de nier, dans tous les cas, l'influence de la vérole sur l'origine de cette maladie;

2° L'ataxie locomotrice progressive d'origine syphilique ne présente aucun caractère anatomique ni symptomatique spécial;

3° Elle appartient aux périodes tardives de la syphilis et n'apparait généralement que de sept à vingt ans après l'affection;

4° Très peu de cas d'ataxie ont pu, chez la femme, être rapportés à la syphilis;

5° Quant au traitement mercuriel ou iodur, il a été souvent reconnu comme sans influence, s'adressant généralement à des cas trop anciens. Quelques observations favorables doivent engager à recourir à cette médication, surtout au début des phénomènes ataxiques. (*Soc. méd. de la Suisse romande.*) D.

XXII. Un cas d'hémiatrophie faciale progressive; par MM. Mierzejewsky et Erlizky. (*Messager de Psychiatrie clinique et légale et de la Neuropathologie* (russes). 1re année, IIe partie, 1883.)

Après une courte critique sur les cas connus dans la littérature, l'auteur nous présente à l'appui de l'hypothèse des nerfs trophiques (tropho-névrose) un cas d'hémiatrophie faciale progressive gauche, récemment observé. Il s'agit d'une femme de trente et un an. A l'âge de dix ans, à la suite d'une grande émotion, elle avait été frappée d'un premier accès d'épilepsie, qui se répétait ensuite deux ou trois fois par mois. Un an après, ses parents commencèrent à s'apercevoir d'une diminution de la partie gauche de la face. Depuis, les accès épileptiques et la diminution notée allaient en progressant jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Après son mariage, qui a eu lieu à cette époque, les accès épileptiques disparurent, il ne resta qu'une faiblesse et un sentiment d'engourdissement dans la tête. Quant à l'hérédité, on ne trouve dans sa nombreuse famille qu'un seul frère atteint d'épilepsie. Après un examen fait avec beaucoup de soin, les auteurs constatent: diminution considérable de la branche horizontale de la mâchoire inférieure; atrophie de tous les muscles innervés par la troisième branche du nerf trijumeau (fibres moteurs du nerf maxillaire inférieur). La peau est atrophiée. *Sensibilité normale, contractilité électrique des muscles atrophiés — conservée. Rien d'anormal dans le domaine vaso-moteur de cette partie de la face.* Pas d'autres symptômes cérébraux ou spinaux. Par conséquent, l'auteur considère cette affection dépendante d'une lésion centrale et bien circonscrite. Il la localise dans le plancher du quatrième ventricule près du « *locus cœruleus* », dans le noyau moteur du nerf trijumeau (cellules soi-disant trophiques). Ci-jointes des photographies. T. Kahn.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Sur la disposition des fibres nerveuses a myéline dans l'écorce du cerveau et leur manière d'être dans la démence paralytique; par Franz Tuczek. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Voici brièvement les résultats auxquels l'acide osmique a conduit M. Tuczek [1]. A l'état normal toutes les couches de l'écorce sont extrêmement riches en fibres de ce genre ; la première couche contient surtout des fibres arcifomes qui rejoignent les petits oasis cellulaires (fibres d'association); dans la seconde (celle des petites cellules pyramidales) prédominent encore des fibres d'association ; mais il existe aussi des fibres de toutes directions; la couche des grandes cellules pyramidales renferme des fibres épaisses qui commencent à se conglomérer en trousseaux de substance blanche. Ceci s'applique communément aux circonvolutions ascendantes, au lobe frontal, à l'insula, au lobule paracentral et au lobe occipital. Passons aux particularités : les fibres d'association de la couche externe sont très fines et très nombreuses dans le lobe frontal et l'insula. La même couche est très riche en fibres intermédiaires d'épaisseur considérable dans le lobule paracentral et les circonvolutions ascendantes. Le lobe occipital est parcouru dans les mêmes zones par des fibres de tous calibres, parallèles à la surface, fibres si prononcées que la substance fondamentale a disparu. C'est par le système des fibres d'association que s'explique la notion psychique de la vue [2]: le centre visuel ne donne en soi naissance qu'à des conceptions simples élémentaires à deux dimensions; la représentation de la troisième dimension (profondeurs, reliefs, nuances ombrées, perspectives) provient de ce que, à l'aide des fibres en question, nous associons les notions issues des mouvements des muscles de l'œil et celles qui sont fournies par le tact avec les conceptions du centre visuel.— Les deux observations anatomopathologiques mettent en évidence dans la paralysie générale l'atrophie considérable de toutes les fibres à myéline à travers toutes les couches corticales des lobes frontaux, y compris l'insula (1er cas), ou l'atrophie exclusive des fibres d'association (2e cas).

[1] Voir *Arch. de Neurologie*, t. VI, p. 403 (note et texte.)
[2] Voir *Arch. de Neurologie*, t. VII, p. 355 à 369.

Le caractère essentiel et primitif de la maladie serait surtout la déchéance des fibres à myéline; l'hyperplasie de la névroglie et le développement des cellules araignées seraient secondaires ou concomtants. Comparaison avec le tabes : même pathogénie par trouble dans la nutrition de certains systèmes de fibres, quelle qu'en soit la cause; mêmes pauses; mêmes rémissions; mêmes phases d'améliorations par la suppléance fonctionnelle d'autres systèmes de fibres. La rupture des fibres d'association qui font communiquer le lobe frontal avec l'insula entraîne l'aphasie, l'agraphie, l'anémie, l'amnésie; chaque centre de conceptions élémentaires étant alors isolé, il y a disparition des conceptions complexes, des conceptions morales qui en émanent et de l'intelligence. Il est probable que l'altération corticale et la diminution de poids du cerveau des paralytiques dépendent pour une forte part, de l'atrophie des fibres corticales à myéline. P. KERAVAL.

II. TRÉPANATION DANS L'ÉPILEPSIE APRÈS TRAUMATISME SANS FRACTURE; GUÉRISON; par M. SAXTORPHE (de Copenhague). (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. LIII, 1882.)

Il s'agit d'une jeune personne de vingt ans, qui devint épileptique à la suite d'une contusion du sommet de la tête. M. Saxtorphe, ayant constaté l'existence d'un point douloureux au niveau de l'angle supérieur gauche du pariétal, appliqua à ce niveau une couronne de trépan. Les parties molles et le tissu osseux ne présentaient aucune altération. Trois semaines après, aucun nouvel accès d'épilepsie ne s'était montré. G. D.

III. IDIOTIE ET IMBÉCILLITÉ : FOLIE CHEZ UN ENFANT, FOLIE MORALE; par M. MAGNAN. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* t. LIII, 1882.)

Dans cette leçon clinique, l'auteur rapporte: 1° quelques exemples d'idiotie et d'imbécillité à différents degrés; 2° un cas de mélancolie avec idée de suicide, chez un enfant de quatre ans, héréditaire; 3° un exemple curieux de folie morale : il s'agit d'un individu qui était obsédé par l'idée de prendre des tabliers, pour s'y livrer à des pratiques de masturbation. Cetteobsession, qui dura plusieurs années, lui attira plusieurs condamnations. G. D.

IV. QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER A LA LOI DE 1838; (*France médicale,* t. I, 1882.)

Dans une leçon clinique faite à l'hospice de la Salpêtrière, M. Voisin demande : 1° que ce soit l'autorité judiciaire et non le médecin seul qui autorise à sortir des asiles les aliénés qui ont commis

un crime ou un délit. Ceux-ci seraient, en outre, toujours maintenus dans la maison de santé, pendant un temps au moins égal au temps de prison auquel ils auraient été condamnés; 2° que tout individu déjà interné puisse, en cas de rechute, être reçu dans le même établissement, sur le simple certificat d'un médecin, visé par le maire ou le commissaire de police, sans passer par le dépôt, ni le bureau central de répartition. G. D.

V. Sur le quartier d'aliénés de l'hôpital Julius de Wurzbourg et les conditions faites aux psychopathes dans la basse Franconie; par Rieger (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XXXIX, 5.)

Plaidoyer motivé en faveur de la transformation de ce quartier en un établissement d'aliénés complet, aménagé pour l'enseignement de la clinique; le terrain et les plans sont déjà prêts. Toutes les raisons d'ordre moral, administratif, humanitaire et scientifique sont méthodiquement passées en revue une à une; elles sont les mêmes que partout ailleurs. Voici la conclusion de M. Rieger: « En réalité, l'asile provincial (Kreisirrenanstalt) d'aliénés de la basse Franconie est actuellement encombré et, si le quartier de l'hôpital Julius était convenablement disposé, il pourrait remplir un triple rôle. Ce serait le plus grand bonheur qui pût arriver à la province. Il vaudrait mieux pour l'Etat, mis à part l'humanité, avoir en surveillance le plus possible d'aliénés, au lieu de les laisser courir en liberté; la preuve en est dans les cas nombreux de crimes commis par les aliénés, et, entre autres, dans celui dont tout récemment avait à s'occuper le jury d'ici. C'est ainsi qu'une femme aliénée laissée à l'abandon fournissait pour la troisième fois l'occasion au tribunal d'assigner à comparaître un nouvel individu cohabitant avec elle; chaque fois l'Etat avait à payer les dépenses; mais chaque fois il la rendait à la liberté, ne sachant où la placer. » P. K.

VI. Contribution a la question de la simulation des troubles psychiques; par F. Siemens. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 1.)

L'origine des troubles psychiques et l'observation dans un asile pendant au moins six semaines, tels sont les éléments qui doivent permettre à l'expert de décider s'il y a ou non simulation; l'évolution des symptômes et leur mode d'enchaînement valent même mieux que l'aveu arraché au malade ou à celui qui se dit tel. C'est cette méthode qui permit à M. Siemens de décéler la simulation dans les trois observations qu'il rapporte. Dans la première, il s'agit d'un homme brutal, querelleur, irascible, accusé d'une tentative de meurtre, qui feignit successivement la fureur maniaque avec désordre dans les idées, la surdi-mutité, des hal-

lucinations sensorielles. Les conditions dans lesquelles se manifestaient ces prétendus troubles, l'ostentation mise par l'inculpé à les étaler, le défaut de méthode dans leur enchaînement perdirent le simulateur. La seconde observation concerne un professeur, coupable de faux, qui, en se faisant passer pour lypémaniaque, espérait échapper à une condamnation et quitter plus tard l'asile comme s'il était guéri. Ici l'imitation était parfaite. Seuls les motifs de la dépression psychique n'étant pas pathologiques, l'entité qu'on a sous les yeux est vicieuse; un examen plus approfondi laisse percevoir des côtés faibles. Le troisième cas a trait à un jeune homme qui simule la stupeur, mais ce qu'il est incapable d'imiter, ce sont les troubles vaso-moteurs et trophiques, la dépression profonde, véritable, qui isole complètement le malade du monde extérieur. Telle est l'essence des faits et idées publiés par M. Siemens. P. K.

VII. Les rapports annuels sur les asiles d'aliénés; par J.-L.-A. Koch. (*Allg. Zeitsch f. Psych.*, XXXIX, 2 et 3.)

L'auteur s'élève contre la routine des comptes rendus administratifs moraux et médicaux de chaque année. Il ne voudrait pas voir répéter tous les ans l'histoire de l'établissement. Une fois qu'un premier tableau a été tracé, il faudrait se borner à consigner les événements qui font époque dans la vie de l'asile. Au lieu d'une statistique banale et bourrée de chiffres, et par suite fastidieuse, on devrait rapprocher des divers éléments de la population générale du pays considéré, les nombres qui concernent le mouvement de la population de l'asile. M. Koch souhaite donc que de tous les asiles d'aliénés et d'idiots partent : 1° des rapports historiques sur l'asile envisagé, mais à des intervalles de temps mesurés d'après l'importance des événements, où prendraient place les indications correspondantes; — 2° des rapports statistiques annuels limités à l'étude de quelques points, qui s'occuperaient simplement du nombre des places, du nombre des malades au début de l'année, du chiffre des arrivées pendant l'année, des vides occasionnés par la mort, des transferts, des renvois : détails suivant les formes d'aliénation mentale, les sexes, les religions, les classes sociales, etc... Un état des dépenses et des recettes complèterait heureusement ce factum. P. K.

VIII. Contribution a la situation faite par les juges aux experts en matière de médecine légale criminelle; par Neumann. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XXXIX, 5.)

Entre la prétention de revendiquer une influence décisive, exclusive, et la plainte trop bien fondée de n'en avoir aucune, il

existe un terme moyen. C'est ce terme moyen dont M. Neumann serait à juste titre heureux qu'on réclamât l'application. Voici ce qui lui est arrivé. Appelé à faire un rapport au sujet d'un inculpé préalablement examiné par un confrère, il se trouve en contradiction avec celui-ci; il est évident que l'équité imposait, dans l'espèce, au magistrat le devoir de faire intervenir un troisième arbitrage. Or il n'en fit rien. Si nous en jugeons par le genre du fait, cette légèreté juridique est impardonnable. En effet, il s'agit d'un jeune étudiant en droit, qui, dans un embarras d'argent, comme on va le voir, minime, vole à l'un de ses camarades, quatre-vingts francs de livres, à l'autre un microscope de cent cinquante francs, et qui va vendre le tout quinze francs. Or, l'enquête montre d'abord que le père du jeune homme lui fournissait une pension convenable, que ce dernier pouvait trouver un large crédit partout, et en particulier chez des amis, qu'il a éprouvé jadis des crises d'épilepsie vertigineuse. L'interrogation prouve que le coupable ne se rend pas bien compte de la gravité de son acte, et qu'il fait preuve d'une apathie, d'une nullité intellectuelle et d'une lenteur dans les conceptions psychiques, témoignant d'un profond affaiblissement mental: la niaiserie dans l'exécution du larcin est par elle-même topique. P. K.

IX. Contribution a l'étude des maladies intercurrentes chez les épileptiques bromurés; par M. P. Le Gendre.

L'observation qui fait l'objet de ce travail semble démontrer, d'une part, que, chez les épileptiques bromurés, les affections fébriles prennent souvent la marque de la fièvre typhoïde, et, d'autre part, qu'il faut se hâter de reprendre le bromure, lorsqu'il a été suspendu par le fait d'une maladie aiguë, parce que les attaques reparaissent avec une fréquence et une intensité d'autant plus grandes qu'elles ont manqué plus longtemps. (*France méd.*, 1882, t. II.) G. D.

X. Voracité entretenue chez une idiote épileptique par la présence d'un tœnia. Mort par hémorrhagie méningée; par M. Le Gendre.

Une malade du service de M. Legrand du Saulle, idiote et épileptique, mourut subitement. L'autopsie démontra que la mort devait être attribuée à un vaste épanchement sanguin qui s'était produit entre la dure-mère et l'arachnoïde. En outre, l'estomac de cette malade était dilaté et rempli d'un kilogr. de lentilles non digérées; les efforts inutiles de vomissements provoqués par cette masse alimentaire paraissent avoir favorisé la production de l'hémorrhagie sus-arachnoïdienne. (*France méd.*, 1882; t. II.) G. D.

XI. CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DE LA FOLIE INDUITE (folie à deux); par G. LEHMANN. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 1.)

Les cinq observations de folie communiquée prises à l'asile de Sarreguemines mettent en évidence que, dans la genèse de la maladie, il faut attribuer une grande valeur aux causes prédisposantes, telles que le sexe (dans tous ces cas. il s'agissait de femmes), les chagrins préalables (amour, maladie du mari, position compromise), l'hérédité névropathique ou psychopathique, le défaut de résistance constitutionnelle par suite d'une affection congénitale (tempérament), ou acquise (anémie, affection cardiaque), l'époque des règles, l'existence d'une tare psychique ou cérébrale au moins latente, se traduisant, aux yeux d'un médecin exercé, par un caractère mal pondéré, bizarre, instable, indifférent à l'excès, des céphalalgies opiniâtres et fréquentes, une émotivité exagérée, des troubles de la mémoire, des convulsions pendant les premières années de la vie, de l'hyperexcitabilité, un accès de manie antérieur, de l'insuffisance intellectuelle notoire. La constatation de plusieurs de ces éléments, un peu avant l'explosion de la folie communiquée, affaiblit considérablement l'opinion par trop idéale de la transmission de la psychose. P. K.

XII. DE L'AFFAIBLISSEMENT PSYCHIQUE; par E. KRŒPELIN. (*Arch. f. Psych.*, XIII, 2.)

Ce mémoire représente une étude de psycho-physiologie pathologique, basée sur les principes de psycho-physiologie normale, que Wundt a tracés dans son livre intitulé : *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (1880). Comme il ne s'agit pas d'un travail clinique et que l'auteur ne fournit pas d'observation à l'appui de ses assertions, une analyse ne saurait être que la répétition inverse des propositions de Wundt. Or, celles-ci sont connues ; qu'on en imagine la réciproque. Voici d'ailleurs comment M. Krœpelin termine son étude : « Nous nous garderons, pour le moment d'entrer plus avant dans le détail de ces spéculations, jusqu'à nouvel ordre peu fructueuses. Le but que nous poursuivions était de présenter une simple considération psychologique de l'ensemble des points qui caractérisent partout où on le rencontre le complexus symptomatique très connu, mais encore peu étudié de l'affaiblissement psychique. » P. K.

XIII. UN CAS D'AUTO-ACCUSATION PROBABLEMENT FAUSSE D'UN ALIÉNÉ ; par C.-E. HŒSTERMANN. (*Jahrbuch f. Psych.*, IV, 2 et 3.)

Quand un individu s'accuse, on doit rechercher très exactement

les motifs de cette déclaration, car il n'est pas rare qu'un trouble psychique préside à de prétendus aveux. Tantôt il s'agit réellement d'un délit commis par le personnage, mais que, dans la plupart des cas, il exagère. Tantôt, ce qui est aussi fréquent, il prend à sa charge des actes délictueux ou criminels exécutés par d'autres. Ou bien enfin, il invente de toutes pièces une accusation contre lui. L'aliéniste a par conséquent à se demander si l'auto-accusation n'est pas un symptôme de perturbation mentale. Dans le cas en question, on ne trouvait aucun point de repère à l'appui de la culpabilité du sujet. Mais les circonstances extérieures ne permettaient pas de décider à quel point les indications du pénitent étaient réelles. Il était donc naturel de conclure à l'existence d'une auto-accusation fausse. Jadis l'inculpé volontaire avait été fou; c'était un motif de plus pour sauvegarder ses intérêts matériels et moraux. La tâche n'était cependant pas sans difficultés à cause de la précision apparente des détails fournis par le malheureux; chacun le croyait volontiers, et cela d'autant plus que l'enchaînement des faits participait d'une logique que refuse l'opinion publique aux aliénés. D'un autre côté si, le criminel étant reconnu irresponsable comme psychopathe, on admettait qu'il avait *incendié*, on le faisait considérer comme aliéné dangereux, et enfermer de par l'autorité, alors qu'aujourd'hui, tout en spécifiant les mesures de prudence habituelles, on a pu le rendre à sa famille. La discussion du rapport ne se plie pas à une analyse, il faudrait la copier.

P. K.

XIV. Pression cérébrale et psychose consécutives a une synostose prématurée des sutures craniennes; par M. Leidesdorf. (*Juhrbüch. f. Psych.*, IV, 2 et 3.)

Gudden a, de par ses expériences, prétendu que, bien qu'il n'existe pas de sutures crâniennes, la boîte crânienne augmente de capacité; M. Leidesdorf vient, grâce à deux observations, montrer que, dans certaines conditions, l'amplification du contenant n'est pas proportionnelle à l'augmentation de la masse encéphalique, lorsque les sutures s'ossifient prématurément. Dans son premier fait, il nous met en présence d'une fillette de dix-neuf ans, indemne de tare héréditaire, jouissant d'une intelligence normale, qui, à la suite de suppression menstruelle, présenta successivement de violentes céphalalgies, de la mauvaise humeur, de la lassitude, de la somnolence, des hallucinations et de la diminution de l'odorat, de la confusion dans les idées, de la congestion céphalique et faciale, de la torpeur pupillaire à l'égard de la lumière. Le nez est le siège de l'écoulement prononcé d'un mucus clair. Enfin l'on constate du délire des actes, de la stupidité, du gâtisme, et,

dans les cinq derniers jours, du sopor avec dilatation des pupilles, tremblements musculaires ; à ce moment, P. filiforme = 100 à 120. L'autopsie décèle la soudure des sutures coronaire, sagittale, lambdoïde, l'usure de la table interne de la voûte crânienne sous forme de dentelures et de fossettes rugueuses, la tension avec amincissement de la dure-mère, l'aplatissement et l'anémie des circonvolutions, le rétrécissement des ventricules vides de liquide. Poids de l'encéphale : 1,156 grammes. L'auteur conclut à l'existence d'une synostose prématurée, à un âge où le cerveau n'avait pas encore atteint son développement parfait (moins de vingt ans). Il rappelle, à propos de la céphalalgie, et de la somnolence, les expériences de pathologie expérimentale; il rattache l'écoulement nasal au reflux du liquide céphalo-rachidien par les lymphatiques de la tête, la fréquence terminale du pouls à la paralysie du pneumogastrique, la dilatation pupillaire de la fin à la diminution de l'excitabilité du plancher de l'aqueduc de Sylvius. L'usure de la table interne témoignerait de l'augmentation de la pression intra-cérébrale ; elle expliquerait en même temps, de concert avec la dérivation nasale, la longue innocuité de cette compression ancienne, dont l'origine première nous échappe. — Le second fait concerne encore une jeune fille de dix-neuf ans; les symptômes furent à peu près les mêmes; toutefois, à l'apathie, au mutisme, il faut joindre des vomissements, de l'intermittence du pouls, des attaques épileptiformes : mort dans le coma. L'autopsie ne trahit pas de particularités différentes de celles que nous venons d'enregistrer. L'état du pouls, si frappant dans l'espèce, est-il bien, de même que les allures de la respiration, caractéristique de l'augmentation de la pression intra-crânienne, comme le disent Naunyn et Schreiber ? C'est à l'avenir qu'il appartient de se prononcer. P. K.

XV. Rapport médico-légal sur un cas d'affaiblissement psychique primitif (contribution casuistique à l'étude de la folie impulsive) ; par J. Fritsch. (*Jahrbüch. f. Psych.*, IV, 2 et 3.)

Un héréditaire de dix-sept ans, caissier dans une maison de commerce, vient s'accuser d'avoir dérobé à son patron une somme de 500 florins, et d'avoir nourri le projet de tuer celui-ci ; il préfère, dit-il, se constituer prisonnier pour s'éviter le crime. On trouve, en effet, chez lui un revolver chargé de six cartouches et un couteau-poignard. Mais ses explications, les raisons qu'il allègue sont marquées au sceau de l'imbécillité la plus complète; le patron donne de bons renseignement sur le compte du jeune homme et ajoute que le déficit constaté par lui pourrait bien avoir une autre origine. L'historique détaillé de l'affaire, l'étude de la vie et de

l'état mental de l'inculpé, l'examen médical actuel démontrent le bien fondé des conclusions de Fritsch. Il s'agit d'une dégénérescence psychique paraissant avoir pour cause l'hérédité et la prédisposition névropathique. Sur ce fond d'imbécillité se sont greffées des impulsions à des actes égoïstes, des conceptions irrésistibles contre lesquelles, le malade, tout en conservant la conscience morale, se sent incapable de lutter. L'irresponsabilité en découle. Le tribunal adopte cette manière de voir. P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Sur l'emploi des bains permanents dans le décubitus gangréneux des aliénés paralysés; par C. Reinhard. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*. XXXIX, 3 [1]).

Il est d'abord évident que quelque soin qu'on prenne d'un aliéné paralysé, gâteux, agité, en proie à des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, sous l'influence manifeste de troubles vaso-moteurs et trophiques, on est incapable d'éviter le développement du décubitus gangréneux; on ne saurait non plus, quelques moyens topiques et hygiéniques que l'on emploie, éviter la progression des accidents, et ses conséquences (phlegmons, destruction organique, pyémie, septicémie, infection ambiante). Or, si vous placez le malade sur un drap formant hamac et que vous le suspendiez, en lui assujettissant confortablement la tête, les épaules et la nuque (coussin d'air bien fixe), les bras (serviette passée sous les aisselles), dans un bain d'eau à 30° R. additionné de soixante grammes d'acide phénique, pendant des jours, des semaines, des mois (M. Reinhard n'a pas dépassé deux mois), vous observez (dix malades ont été traités avec succès) que, souvent dès les premières vingt-quatre heures, les parties nécrosées se délimitent; l'élimination a lieu en quelques jours et la guérison commence. Cette immersion prévient, calme ou fait disparaître les accidents généraux de tous ordres, apaise l'agitation, relève même l'appétit, empêche l'infection de l'air. Il faut simplement veiller à

[1] V. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 284.

maintenir la température de l'eau : en couvrant la baignoire avec une étoffe de laine elle-même revêtue d'une toile de taffetas ciré, on n'aurait à la réchauffer qu'une fois dans les vingt-quatre heures. Enfin on doit changer le malade de bain selon la quantité de déjections et de déchets organiques de tout genre qu'il a excrétés; il est bon pour toutes ces raisons de se servir de baignoires portatives et de procéder à ce traitement dans une infirmerie spéciale. Conclusion : 1° le décubitus gangréneux affecte une évolution d'autant plus bénigne, d'autant moins aiguë qu'il est plus exclusivement et plus constamment traité sous l'eau; 2° les contre-indications au traitement par les bains permanents sont constituées par une agitation motrice violente, des convulsions continues graves et les débuts du collapsus. P. K.

II. Contribution a l'étude du traitement de l'épilepsie par les bromures; par le Dr Rosenbach. (*Messager russe.*)

L'auteur veut prouver avec des expériences faites sur les animaux, qu'une dose suffisante de bromure de potassium tantôt diminue, tantôt fait disparaître l'excitabilité de l'écorce, tandis que la substance blanche ne subit point de changement T. Kahn.

III. Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux; par M. de Cérenville (de Lausanne). (*Soc. méd. de la Suisse romande.*)

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à réhabiliter les injections de strychnine dans le traitement de quelques affections nerveuses : *atrophies musculaires, myélites chroniques, ataxies locomotrices, ramollissements cérébraux*, etc. Ce sont les atrophies musculaires d'origine périphérique qui ont été le plus heureusement modifiées par le mode de traitement; encore faut-il éviter de réveiller la cause qui leur a donné naissance. Dans les affections des centres nerveux les effets ont été trop variables et les observations sont trop peu nombreuses pour qu'il soit permis d'en tirer une conclusion.

L'incontinence d'urine est le seul symptôme des scléroses postérieures qui ait été combattu avec succès par cette médication. L'auteur recommande de débuter toujours par une injection de 1 milligr. et d'augmenter de 1 millligr. toutes les semaines. La dose maxima n'a pas dépassé 6 milligrammes. D.

IV. Galvanofaradisation; par A. de Watteville. (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

L'auteur propose une nouvelle méthode consistant à faradiser

une partie déterminée du corps déjà parcourue par un courant galvanique. On enclave dans ce but le second cylindre d'un appareil d'induction dans un courant galvanique, de telle sorte que le courant faradique, à l'ouverture du circuit, suive la même direction que le courant galvanique. M. de Watteville a fait construire un appareil spécial qui alterne, combine, change les courants et permet d'utiliser soit chacun des deux genres de courants avec les deux électrodes, soit de les combiner, soit de les intervertir isolément ou tous deux ensemble. Ne voulant, au reste, préjuger de rien d'après des vues théoriques, l'auteur demande qu'on en essaie.

P. K.

V. Sur l'action de l'hyoscyamine[1]; par Richter (de Pankow). (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

Première observation : manie à l'époque de la ménopause. Une injection sous-cutanée de 3 milligrammes d'hyoscyamine calme l'agitation, ramène la lucidité et le bien-être, relève la tension vasculaire, diminue la fréquence du pouls. A chaque accès, résultat identique. L'usage régulier du médicament, sans qu'on augmente les doses, assure le calme. Pas d'intoxication; le désordre dans les idées subsiste seul, mais il n'y a pas lieu d'incriminer l'hyoscyamine. Second fait : grande chorée invétérée depuis l'âge de dix-sept ans chez une fille de vingt-huit ans, ayant résisté à tout traitement. Amélioration par des doses graduelles de 2 milligrammes à 1 centigramme en une fois, ou de 16 milligrammes en deux fois. Cette dernière dose amena les accidents d'intoxication que l'on sait sans autre inconvénient. L'injection détermine toujours une sédation de 3 à 5 heures. P. K.

VI. La faradisation générale; par Fischer. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

Ce mémoire constitue une réminiscence de la méthode d'électrisation, décrite en 1871, par Beard et Rockwell (*Praktische Abhandlungen über die medic. und chirurgic. Verwerthung der Electricität*, Prague, 1874). Voici, au reste, le procédé également usité par M. Fischer.

Il s'agit de soumettre à l'action des courants le corps tout entier en procédant systématiquement, en tenant compte des lieux d'élection, des points sur lesquels un des pôles doit être successivement amené. tandis que l'autre demeurera à un endroit déterminé en station fixe. Le malade, placé sur un siège dépourvu de dossier, pose ses pieds nus sur un escabeau à déclivité anté-

[1] *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 428.)

rieure, muni d'une fente latérale destinée à l'introduction des électrodes. L'une des électrodes étant en contact continu avec les pieds, l'opérateur applique l'autre pôle en une série de régions du corps. On commence par la région dorsale, en visitant la colonne vertébrale, et particulièrement les première et deuxième vertèbres cervicales, la septième cervicale (centre cilio-spinal), ainsi que les points douloureux signalés; le pôle demeurera un certain temps en chacune de ces zones, tandis qu'il sera simplement promené de-ci de-là des deux côtés de la charpente musculaire, de façon à provoquer quelques contractions dans chaque muscle. On agira de même pour la région lombaire. L'électrisation du thorax réside uniquement dans l'excitation rapide de la contractilité des muscles superficiels, quand la maladie ne présente pas d'indications spéciales. relativement à quelques endroits sur lesquels il faille prolonger l'action du courant. La paroi abdominale toute entière est d'abord excitée de la même manière, par des affleurements passagers de l'électrode mobile; puis on fait des stations sur la région épigastrique (plexus solaire), sur les régions gastrique, splénique, hépatique, hypogastrique, en outre des points que la localisation morbide recommande à l'attention, ou au niveau desquels les ganglions du grand sympathique sont plus accessibles. Les extrémités réclament aussi l'action passagère des courants avec les puissantes contractions musculaires généralisées qui en sont la conséquence. La séance se termine par l'électrisation de la tête et des ganglions cervicaux du sympathique; ici c'est la main de l'opérateur ou ses doigts qui remplacent l'électrode. Tenant d'une main le pôle correspondant, le médecin place, par exemple, sur le front du patient, la face palmaire de son autre main imprégnée d'eau chaude, ou, s'il s'agit des tempes et des yeux (paupières closes). des ganglions cervicaux, il touche chacune de ces parties avec l'extrémité du doigt. En un mot, l'électrisation n'est que médiate. Les autres régions du cou et le cuir chevelu ne subiront l'action de l'électricité qu'en vertu d'indications spéciales. — La même méthode peut être appliquée au courant galvanique ou même à la combinaison des deux sortes d'électricité (galvano-faradisation)[1]. La faradisation s'effectue d'ordinaire à l'aide de l'appareil du Bois-Reymond, animé par un élément de Stöhrer. L'électrode podalique fixe se compose d'une lame de laiton de seize à vingt centimètres de longueur sur dix de largeur; elle est recouverte d'un morceau de flanelle garni de toile. L'électrode mobile est un hémisphère de laiton (diamètre : quatre centimètres), recouvert d'une éponge épaisse. Naturellement chaque électrode est imbibée d'eau chaude. A moins d'un but particulier, conforme aux lois de l'électrothérapie, l'électrode podalique sera la ca-

[1] Voyez page 99.

thode, tandis que l'électrode mobile émanera de l'anode. La force du courant mis en jeu, variable au reste avec la sensibilité du malade et avec la susceptibilité de l'électricien quand il sert de transmetteur, ne dépassera pas la quantité nécessaire pour obtenir des contractions moyennes; pour éviter que le patient se plaigne jamais de l'excès de l'incitation, on débute par des courants faibles. Quant à la durée de chaque séance, l'expérience enseigne que chacune d'elles doit avoir une moyenne totale de quinze minutes, sur lesquels on consacre :

1 minute à l'action du pôle sur la tête;
4 — — — sur le cou, le sympathique cervical, la colonne cervicale;
3 — — — sur le dos;
3 — — — sur le ventre;
4 — — — sur les extrémités.

On n'admet pas plus de deux à trois séances par semaine, la durée du traitement comportant plusieurs semaines et mois. Lorsqu'on renouvelle assez fréquemment les séances, on peut se borner un jour à agir sur les extrémités supérieures, un autre jour à traiter les extrémités inférieures, telle autre séance, à se porter uniquement sur le tronc, le cou et la tête. Les premières séances peuvent notamment être progressives, l'opérateur se limitant la première fois à une seule région, pour empiéter graduellement sur tout le reste du corps et arriver à l'électrisation de l'ensemble de l'organisme.

Les effets qui résultent de la stimulation électrique parallèle des centres nerveux, des nerfs périphériques, des organes splanchniques et de toute la périphérie de l'économie (suractivité cutanée, musculaire, circulatoire), devraient être divisés en trois catégories. — *A*. Les uns, *primitifs ou stimulants*, se montrent pendant ou immédiatement après la séance. Ils se résument en l'amélioration de l'état général (sentiment de réparation, gaîté, propension au sommeil, apaisement des douleurs et de la fatigue générale ou locale), ainsi que des manifestations morbides inhérentes à la nature de la maladie : la circulation est régularisée, l'appétit reparaît, les évacuations vésico-rectales s'effectuent bien. Chez les individus sensibles, ou chez ceux qui sont soumis à une application maladroite, on note des sensations désagréables : faiblesse ou même lipothymie, refroidissement des extrémités, tremblements des membres et de tout le corps, vertiges, céphalalgie, congestion céphalique. — *B*. Sous le nom d'effets *secondaires ou réactionnels*, on désigne des phénomènes désagréables, survenant un jour ou deux après la séance, généralement au début du traitement. Souvent absents, du reste, ils dépendent de l'individualité, de la durée de l'électrisation, de la force du courant.

Toujours passagers, ils ne contredisent pas à la continuation du mode de traitement. Tels sont : certaines douleurs musculaires, un état de névrosisme, de lassitude et d'épuisement, l'aggravation de quelques symptômes. — *C.* Les effets *permanents ou toniques*, sont en définitive le résultat ultime du traitement. La nature de la maladie, la constitution des malades, le mode de l'électrisation, la période de la vie du patient, doivent entrer en ligne de compte quant à leur rapidité. La longue énumération des auteurs se résume en l'excellent fonctionnement de tous les appareils, d'où le parfait état de santé physique et mental.

Les maladies auxquelles convient la faradisation générale sont des maladies générales constitutionnelles; ou plutôt il faut l'employer dans tous les cas où la nutrition générale languit, soit du fait d'un élément pathogénétique constitutionnel (dyspepsie nerveuse, neurasthénie, anémie, chlorose, hypochondrie, hystérie, etc.), soit par une cause locale échappant au diagnostic (névralgie, paralysie, épilepsie, hystérie, hypochondrie), soit enfin à raison d'une affection incurable (traitement palliatif).

En réalité, M. Fischer apporte à l'appui de cette thèse trois observations dans lesquelles il réalisa trois succès d'électrothérapie.

La première concerne une femme de trente ans, atteinte depuis dix ans de *mélancolie* anxieuse avec conceptions irrésistibles et hallucinations (hérédité); en même temps, palpitations de cœur, insomnie, convulsions cloniques des jambes, menstruation irrégulière. L'aggravation de la psychose ayant progressé en dépit des modes de traitement les plus variés, on soumit l'aliénée à la faradisation générale ; celle-ci détermina un calme, d'abord passager, puis permanent, la sédation des phénomènes cardiaques, la disparition des manifestations convulsives, enfin la guérison. Les fonctions menstruelles se régularisèrent. De sorte qu'après vingt-quatre séances dans le cours de six semaines, la malade quittait le service ne conservant que de la céphalalgie temporaire et de rares palpitations.

Dans le second fait, il s'agit d'un *neurasthénique*, âgé de trente-cinq ans, traînant la jambe droite. Douleurs dans le dos et l'articulation du pied droit, pesanteur de tête ; sensation de faiblesse générale et de débilité. Vingt-neuf séances rendent au malade sa force et son énergie premières.

Le troisième exemple a trait à une fillette de douze ans, souffrant d'une *chlorose* opiniâtre avec céphalalgie, vomissements, insomnie partielle, fatigue accablante. Vingt-six séances en deux mois font disparaître les phénomènes morbides qui avaient antérieurement résisté à toutes les médications. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 31 mars. — Présidence de M. Foville.

M. Briand. Je n'assistais pas au commencement de la dernière séance quand M. Voisin, s'élevant contre des conclusions formulées à la suite de recherches sur le *Délire aigu*, faisait des réserves au sujet des altérations du sang que j'avais signalées à une certaine phase de cette grave affection, et m'opposait l'observation d'une paralytique générale dont le sang contenait aussi des bactéries. Le cas rapporté par M. Voisin n'infirme en rien les conclusions auxquelles je suis arrivé. Je n'ai jamais, en effet, essayé de démontrer que le délire aigu fût la seule affection présentant des caractères infectieux. C'est, au contraire l'analogie de certains de ses symptômes avec ceux d'une maladie infectieuse très commune, la fièvre typhoïde, qui m'a conduit à rechercher si le sang n'était pas altéré dans le délire aigu, comme de récents travaux nous ont démontré qu'il l'était dans la fièvre typhoïde.

Le délire aigu essentiel, j'ai essayé, du moins, de l'établir dans une thèse, se manifeste d'abord par les troubles intellectuels qu'on observe dans la manie simple, mais bientôt le tableau change, la fièvre s'allume, la température s'élève et la maladie s'affirme par des caractères très nettement infectieux qui me conduisirent à examiner au microscope le sang de ces malades. Une diminution dans le nombre des globules fut la seule modification que je pus observer tout d'abord; mais plus tard, reprenant ces mêmes recherches dans le service de mon excellent maître, M. Magnan, dont les savants conseils ne m'ont jamais manqué, et grâce aussi à l'obligeance de M. Quinquaud qui voulut bien mettre à ma disposition son laboratoire très richement outillé, j'ai pu me convaincre qu'il existait d'autre altérations.

Ces altérations portent sur la quantité et la qualité des globules du sang qui diminuent de nombre, perdent de leur hémoglobine, et deviennent moins résistants à l'action dissolvante de l'eau.

Pendant la période de collapsus, il se produit des organismes qui, trouvant à un moment donné un terrain favorable, s'y développent; les organismes que j'ai le plus souvent rencontrés et dont M. Malassez a bien voulu déterminer les espèces, sont : les zoogléas ou amas de corpuscules arrondis, réunis par un enduit gélatineux de substance amorphe; le bacterium thermo, petit bâtonnet renflé à ses extrémités et culbutant dans le liquide de culture; le bacillus, bâtonnet très mince et effilé, et enfin un corpuscule punctiforme, très dificile à apercevoir, visible seulement à l'aide de quelques artifices d'éclairage et de colorations. Il s'associe en colonies de trois ou quatre sous forme de chapelets.

Ces organismes se montrent dans le sang des malades ne présentant aucune solution de continuité dans le tégument, leur présence ne peut donc être considérée comme la conséquence d'une escharre.

M. le Président annonce que le conseil de famille, après en avoir délibéré, propose à la Société d'ouvrir une souscription pour la statue de Guislain. La proposition est acceptée.

M. Motet présente quelques graphiques à l'aide desquels M. Régis a essayé de noter la durée des accès dans la folie à double forme.

M. Rey lit une note sur le poids du cervelet, du bulbe de la pro tubérance et des hémisphères cérébraux, d'après les registres de Broca qui lui ont été confiés par M. Topinard. L'auteur ne tire aucune conclusion de son travail; mais il espère que les nombreux tableaux qu'il a dressés avec le plus grand soin pourront être utilisés un jour.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un mémoire de M. Parant, relativement à la séquestration de deux aliénés dans leur famille. Une plainte ayant été portée au parquet à l'occasion de ces faits, la chambre des mises en accusation, saisie de l'affaire, rendit une ordonnance de non lieu, basée sur ce point que l'intention criminelle n'était pas formellement démontrée. Les conclusions suivantes résultent des considérations dans lesquelles est entré M. Parant : 1° on ne peut contester à un citoyen le droit de garder dans un domicile particulier les membres de sa famille qui sont dans un état d'aliénation mentale, de les soigner et même de les y séquestrer, lorsqu'ils ne constituent pas un danger pour la société ou pour eux-mêmes; 2° par la pratique, le traitement et la séquestration des aliénés à domicile présente de nombreuses difficultés d'exécution, qui tournent trop souvent au détriment des malades; 3° des exemples nombreux démontrent que la séquestration pratiquée dans les familles peut être, non seulement défectueuse, mais encore abusive, et même criminelle; 4° pour prévenir, autant que possible, les abus et les crimes, il est à désirer que la nouvelle loi sur les aliénés donne aux pouvoirs

publics un droit de surveillance et de protection directes sur les aliénés séquestrés dans des domiciles particuliers, aussi bien que sur les aliénés séquestrés dans les asiles publics et dans les maisons de santé privées.

M. Christian fait observer que la réglementation désirée par M. Parant rencontrerait dans la pratique une série de difficultés qui la rendraient inapplicable. M. B.

Séance solennelle du 28 avril. — Présidence de M. Foville.

Prix Esquirol. — M. G. Ballet donne lecture du rapport sur le prix Esquirol qui est décerné à M. Vétault, interne de l'asile Sainte-Anne, pour un mémoire intitulé : *Du délire hypochondriaque dans quelques formes d'aliénation mentale.*

Prix Aubanel. — M. Garnier lit ensuite son rapport sur le prix Aubanel. Le sujet proposé était ainsi conçu [1] : « Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notion sur les antécédents? Exposer ces caractères. » Deux mémoires ont été déposés. Une mention honorable avec récompense de 1.800 francs est accordée à l'auteur du mémoire n° 2, M. Saury, médecin de la maison de santé du château de Suresnes ; une allocation de 600 francs, à titre d'encouragement, est donnée au mémoire n° 1. Ce dernier travail a pour auteurs MM. Brun, médecin-adjoint à l'asile de Bron, et Taty, interne du même asile.

M. le Secrétaire général termine la séance en prononçant l'éloge de Renaudin, ancien directeur de l'asile de Maréville.

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Foville.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Ingeels, qui envoie une liste des souscriptions qu'il a recueillies pour la statue de Pinel.

Il annonce ensuite à la Société que l'Institut vient de décerner le *Prix Chaussier* à M. Legrand du Saulle et d'accorder une mention pour le *Prix Lallemand* à MM. Voisin et Ball.

Prix Aubanel. — La commission qui doit choisir le sujet pour le *Prix Aubanel* est composé de MM. Falret, Cotard, Legrand du Saulle, Magnan et Garnier.

M. Kéraval donne lecture en son nom et au nom de M. Nercam,

[1] Voir la séance de juillet 1882 (*Archives de Neurologie*), fascicule 11, p. 243.

d'une note sur l'action de la paraldéhyde chez les aliénés. Le plan des auteurs a été le suivant : instituer avant tout chez les chiens un certain nombre d'expériences, pour se guider relativement aux effets physiologiques principaux et aux doses de l'agent médicamenteux ; puis, administrer la paraldéide paralèllement chez les aliénés en se conformant aux données fournies par la pathologie expérimentale sur un animal supérieur. Avec deux kilog. de paraldéide les auteurs ont fait des expériences sur trente-cinq malades environ, par les voies buccales, rectales et par la méthode hypodermique dans presque toutes les formes mentales. La dose active moyenne, celle que détermine le sommeil est de 4 grammes administrés en une seule fois; on peut obtenir avec deux grammes, un calme relatif mais non un sommeil aussi parfait et surtout aussi immédiat. Le sommeil se fait sentir dans les quelques minutes qui suivent l'ingestion, mais il est léger. En donnant six grammes d'un coup on est sûr de narcotiser les malades, mais c'est en pareilles circonstances que trois cas témoignèrent de l'événement suivant : après le coup de massue sommifère presque instantané, les auteurs ont observé un état ébrieux tirant sur la lypothymie. Un malade, après avoir irrésistiblement dormi une heure se réveillait soudain sous l'influence d'un malaise général avec frissons, sueurs froides, petitesse, ralentissement et intermittences d'un pouls filiforme; les battements cardiaques présentaient les mêmes modifications. Ces phénomènes inquiétants durèrent dix minutes environ pour céder la place à une ivresse pure, cette fois, sans sommeil. Les malades qui ne se montrent pas réfractaires sont pris dans les quelques instants consécutifs à l'absorption gastrique de battements palpébraux exactement comparables à ceux qui précèdent le sommeil normal des gens fatigués, puis s'endorment tout simplement; mais voici le revers de la médaille : il semble que les deux ou trois premières heures de sommeil soient seules remplies par une hypnose profonde, car toutes les fois que, au delà de ces limites, on s'approche des malades pour les observer, on les réveille. Pendant ce sommeil, les auteurs n'ont pas noté de phénomènes différents de ceux qui accompagnent le sommeil ordinaire; en outre, parmi les aliénées mises en expériences, celles qui étaient capables de rendre compte de leurs sensations n'ont accusé aucun trouble et ne se souviennent pas d'avoir ressenti d'effets désagréables pendant qu'elles dormaient; celles, notamment, qui avaient pris du chloral, croient pouvoir affirmer que tandis que le chloral provoque souvent des cauchemars, le sommeil paraldéhydique en est exempt. Le réveil chloralique serait lourd et laisserait de l'engouement céphalique de l'empâtement buccal, tandis que le réveil paraldéhydique participerait des qualités d'un réveil agréable, de celui qui suit un sommeil réparateur. Le seul inconvénient consiste en des renvois

d'un goût et d'une odeur désagréables de vernis. MM. Kéraval et Nercam n'ont rencontré qu'un nombre restreint de cas d'insuccès; une malade cependant ne dormit pas avec près de dix grammes du médicament, elle éprouva seulement une légère sédation et encore ce repos relatif ne se produisit-il, non pas sur-le-champ, mais dans la nuit suivante.

Comment s'élimine la paraldéhyde? — Exclusivement par les poumons, si l'on en juge par l'examen organoleptique grossier des excrétions de toutes sortes. Cette élimination dure très longtemps. Si, par exemple, on administre quatre grammes de paraldéhyde à cinq heures du soir, le malade exhale encore une odeur de vernis à dix heures, le lendemain dans la soirée.

Par les lavements, le sommeil a été obtenu un certain nombre de fois, alors que la voie gastrique ne pouvait être choisie pour l'administration du médicament. Chez une paralytique générale en pleine période d'agitation congestive avec désordre excessif dans les idées, hallucinations de la vue et de l'ouïe, le lavement a provoqué un sommeil de huit heures. Comme par la voie gastrique, il faut cinq minutes pour que l'effet narcotique se produise. Les injections sous-cutanées engendrent aussi le sommeil, dans des conditions identiques: elles calment, momifient même en une dizaine de minutes et au calme succède souvent, sans interruption, un sommeil de plusieurs heures. Mais, ainsi que pour les autres voies, il faut rapidement augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

En résumé, si la paraldéhyde à des doses gastriques ou rectales de quatre, cinq, six grammes agit vite en produisant un sommeil semblable au sommeil normal, qui ne présente pas d'inconvénients, il faut, si l'on veut que les effets persistent, augmenter très rapidement les doses. Mais jamais le sommeil que l'on obtient ne peut être considéré comme insensibilisateur. En revanche, les tendances à la lipothymie observées ne contre-indiquent pas l'administration du médicament, mais elles mettent en garde contre l'élévation des doses sans examen préalable et quotidien des individus à traiter. Les auteurs de la note recommandent en terminant la formule de Langrentes et Skybich, qui permet d'administrer par la bouche sous un volume quelconque de véhicule, moitié en gramme de paraldéhyde.

Paraldéhyde................ 50 grammes
Essence de menthe poivrée.. X gouttes
Huile d'olive q. s. de façon à atteindre 100 centimètres cubes. — 12 centimètres cubes, c'est-à-dire un peu moins d'une cuillerée à soupe, renferment 6 grammes de paraldéhyde.

M. Briand. Dans l'intéressant mémoire qu'il vient de lire, M. Kéraval nous parle de l'action narcotique de la paraldéhyde qui provoque un sommeil instantané, mais il ne nous dit pas comment se comportent les malades agitées après leur réveil. Retombent-elles immédiatement dans la même excitation, ou bien au contraire, traversent-elles en se réveillant une phase de calme relatif avant de reprendre leurs anciennes allures?

M. Kéraval. Les maniaques que nous avons endormies par la paraldéhyde restent plus calmes, quelques heures après leur réveil.

M. Briand. Avez-vous pu établir un rapport entre cette phase de calme relatif et la dose du médicament? Pouvez-vous prévoir la durée du calme qui succèdera à un sommeil dont vous connaissez la durée?

M. Kéraval. Je demande la permission de ne pas répondre à cette question; elle touche à un fait dont je voudrais laisser la primeur à la Faculté de médecine; ce point sera établi dans la thèse que mon collaborateur va soutenir prochainement.

M. Legrand du Saulle. Quelle action la paraldéhyde a-t-elle sur la température?

M. Kéraval. Nous avons observé dans un cas qu'elle s'était un peu abaissée. (*A suivre.*)

VARIA

Relation d'un voyage psychiatrique en Danemark, en Suède et en Norvège (*Suite*)[1];

Par le Dr CLAUS (de l'asile de Sachsenberg).

Cette seconde partie de notre analyse comprend la Suède et la Norvège[2].

B. Norvège.

I. *Asile de Gaustad* (*Gaustad's Sindssygeasyl*), près Christiania. Directeur-professeur : Ole Sandberg. — Construit en 1854, par Schir-

[1] Voy. les *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 278 et 398.

[2] Nous rappelons que la couronne vaut 100 œres ou 1 fr 40 c.

mer et de Hanno, il a coûté 216,533 thalers (environ 595,465 fr.). C'est un asile mixte, c'est-à-dire qu'il contient réunis des malades curables et des chroniques. Le chiffre de la population est de 300; égalité numérique des deux sexes. On y trouve quatre classes de pensionnaires : à 4 couronnes; à 3 couronnes 20 œres; à 2 couronnes 25 œres; à 1 couronne 33 œres par jour. Les étrangers paient davantage. Il n'y a pas de places gratuites.

Situé à trois quarts d'heure de chemin de la ville qu'il domine, et au nord-ouest de cette dernière, il a vue sur le Fiord du même nom et les montagnes environnantes. C'est un ensemble d'édifices en briques, flanqués d'une haute tour, et construits dans le style des Tudors; son aspect, au milieu des promenades étendues que l'on aperçoit, est véritablement imposant. Les hauteurs et les forêts voisines le préservent des vents du nord. Le territoire de l'établissement comprend plus de mille hectares dont 100 en terre arable.

L'axe longitudinal de l'asile va du sud au nord. L'entrée est située sur le côté sud. Quand on l'a franchie, on a à sa droite la quartier des femmes, à sa gauche celui des hommes. Chacun d'eux se compose de trois pavillons érigés à égales distances l'un de l'autre, dont la grande longueur est dirigée de l'ouest à l'est, et d'une division cellulaire placée à l'extrémité nord, formant l'angle droit, pour agités et gâteux. Les trois pavillons renferment, de l'entrée vers la division cellulaire, les malades les plus calmes et les plus aisés (première à troisième classe), puis les malades calmes pauvres et enfin les agités et les fugitifs de toutes classes. Des galeries couvertes joignent tous les pavillons les uns aux autres; il en existe aussi dans les promenoirs de chaque section. Ceux-ci sont, comme le reste de l'enceinte de la propriété, enfermés dans des murs élevés, murs qui n'arrêtent pas les regards, grâce à la disposition en terrasse adoptée : quelques sauts-de-loup isolent encore mieux les séquestrés, sans nuire à leur distraction. Entre les deux quartiers s'élèvent les bâtiments de l'administration avec cuisines, bureaux, habitations des médecins-adjoints, temple, etc.; en arrière de cet ensemble, une petite construction contient la buanderie et différents ateliers. Les bâtiments réservés aux malades comportent un étage; les locaux d'habitation sont orientés au sud; les corridors, au nord. Il y a contiguïté entre les salles de jour et les dortoirs, spacieux et clairs comme les corridors. Partout des fenêtres très hautes et très larges peuvent à volonté s'ouvrir et se fermer; leurs croisillons, recouverts de fer, séparent des carreaux assez étendus : chez les agités, on remarque de fortes grilles en fils métalliques qui se peuvent ouvrir à l'aide d'un pène tournant. Le lieu de séjour des malades de la dernière classe a bon aspect; les chambres des classes plus élevées sont riantes. La population des dortoirs est un peu dense. Lits en bois et literie comme en

Danemark, couchettes spéciales pour les gâteux qui, selon le besoin, sont, matin et soir, rincées sous un jet d'eau. Poêles en faïence chauffés au bois et au charbon qui servent en partie à la ventilation : celle-ci est également assurée par des canaux en communication avec des tuyaux de cheminée. Chez les agités, des grilles entourent les poêles. Une section spéciale est consacrée aux aliénés suicides, en grand nombre. Chaque division d'agités a sa salle de bains pourvue de baignoires en métal ou, plus rarement, en porcelaine : une conduite spéciale sert à amener l'eau chaude, l'eau froide étant fournie par la conduite générale de l'établissement. On a dû, il y a douze ans, se défaire des premiers cabinets d'aisances continuellement rincés par l'eau même de l'asile; une épidémie de fièvre typhoïde, qui sévissait dans les environs, fit en effet penser que les matières allaient infecter, sous l'influence de cette dilution perpétuelle, l'eau d'un ruisseau voisin; on a depuis adopté le système des fosses mobiles avec désinfection à la chaux. On en est moins content quant à l'odeur. L'eau potable provient de la rivière voisine, le Gaustad Elv. Eclairage au gaz venu de Christiania. Les vêtements des pensionnaires de quatrième classe sont fournis par l'asile, mais les malades doivent apporter en entrant un costume complet avec linge de corps, etc. Les aliénés qui déchirent sont maintenus par les vêtements fermés que l'on sait. — Il existe des chambres d'isolement spéciales pour un malade ou deux. Chaque sexe possède, en outre, sa division cellulaire particulière de treize cellules, plus une salle de jour, une étuve, etc. Les cellules sont très spacieuses; les parois en sont cimentées ; elles prennent jour par une ouverture supérieure munie de grilles en fil de fer, et contiennent une table, un siège et un lit fixés au sol, ainsi que des latrines. Le chauffage s'en fait intérieurement au moyen d'un air chaud qui assure en même temps la ventilation. En dehors, dans le chemin de ronde, a été ménagé, à une hauteur d'environ huit pieds, un étroit couloir destiné à l'observation. La division cellulaire de chaque sexe dispose de deux baignoires. Toutes les cellules sont garnies ; aussi, plusieurs malades demeurent-ils nus sur la paille. — Le traitement n'offre aucune particularité à signaler. Un petit nombre de malades ont libre accès à la ville. Les évasions sont rares. Quarante à cinquante pour cent des aliénés s'occupent. Il n'existe pas de société de protection pour ceux qui sortent définitivement, mais les ressources de l'asile leur assurent jusqu'à 10 couronnes. A des intervalles convenables, des danses et des distractions sont offertes aux malades de l'établissement. Le personnel médical se compose d'un médecin en chef, directeur, et de deux médecins-adjoints. Le directeur actuel fait un enseignement clinique de psychiâtrie à l'établissement; chaque semestre, il est suivi par quinze étudiants bénévoles de Christiania. La psychiâtrie relève en effet de branches

spéciales des examens probatoires. On pratique à l'asile vingt autopsies par an environ. Le reste du personnel comprend un intendant, un caissier, un gardien et une gardienne en chef, un gardien ordinaire par huit malades. Un pasteur marié réside dans l'établissement; il vit en bonne intelligence avec les médecins. Il n'existe pas de professeur spécial. La cuisine n'utilise pas la vapeur non plus que la buanderie. La nourriture est bonne; on donne quatre fois de la viande par semaine, du poisson frais ou salé les autres jours.

Jadis, on retirait des bénéfices; aujourd'hui on équilibre à peu près le budget; mais peut-être va-t-on se trouver en déficit. On compte cinquante vaches, douze chevaux, douze porcs. Le pain est fait à l'asile, ou plutôt il n'en faut faire venir qu'une partie de la ville; on en tire la viande. L'établissement produit ce qu'il lui faut de lait. Personne ne tend à construire une colonie.

II. *Asile d'Oslo* (*Oslo Sindssygeasyl*), à Christiania. — Cet asile (Oslo Dolhuus) est le plus vieil établissement d'aliénés de la Norvège. Il fut construit dans les années 1775 et 1776, aux dépens de l'hôpital d'Oslo, pour la somme de 12,800 thalers (48.000 francs). Tels étaient, au début, ses vices de construction, telle était la difficulté des améliorations de ces défauts qu'en 1845 il est mentionné, dans un rapport médical, que c'est un crime d'enfermer des aliénés en de semblables conditions. On a, depuis lors, introduit bien des modifications. Et cependant M. Claus estime que la meilleure action à commettre serait de priver les bâtiments actuels de leur destination.

L'établissement occupe, dans le faubourg d'Oslo, un endroit bas et humide, immédiatement sous-jacent au haut Ekkeberg sillonné de cours d'eau; il est entouré des bâtiments de l'hôpital d'Oslo et de son temple, ainsi que d'une série de maisons particulières. Son édifice principal, à un étage, constitue un quadrilatère allongé auquel se relie une construction latérale affectée à l'habitation de l'intendant, à la cuisine, etc. C'est en somme un annexe de l'hôpital d'Oslo dans lequel sont entretenues quarante-deux vieilles femmes payant le prix de pension le plus inférieur sur le taux de l'asile de Gaustad. Il n'est guère susceptible d'agrandissement, et l'on manifeste peu de tendance à lui imprimer un développement, parce que l'argent devrait être fourni par le reste de l'hôpital. C'est pour le même motif que l'installation du chauffage à la vapeur pour la cuisine, la buanderie, etc., a été abandonnée. Le bâtiment, très anguleux, contient des chambres et des cellules petites, obscures comme les corridors. Tout accuse l'ancienneté et l'exiguïté. Dix cellules très basses sont éclairées par des ouvertures latérales grillées; elles ont leurs latrines. Partout ailleurs, de fortes grilles garnissent les fenêtres. On se sert des

fosses mobiles; l'odeur en est assez forte. Chauffage aux poêles de faïence ordinaires. On n'a pas installé d'appareils à ventilation spéciaux. Quelques puits communs dispensent l'eau nécessaire aux usages domestiques et culinaires. La literie et l'habillement sont rapiécés au plus haut point; les promenoirs, petits et nus, sont entourés de murs élevés. Quelques malades s'occupent.

Le service médical est fait par le médecin de l'hôpital qui, chaque jour, vient passer une heure à l'asile. Trois femmes et un homme forment le personnel des gardiens. L'ensemble de l'entretien est confié à un inspecteur à l'entreprise. Il s'y ferait des guérisons. La mortalité annuelle se réduit à deux individus en moyenne.

C. Suède.

Ce pays possède dix asiles d'aliénés appartenant à l'Etat. Ce sont les suivants que nous faisons suivre du chiffre des malades qu'ils contenaient à la fin de 1881 :

Asile de Stockholm...	253.	Asile de Wisby.......	29.
— d'Upsala........	179.	— de Malmö.	171.
— de Nyköping....	71.	— de Lund........	195.
— de Wadstena....	354.	— de Gothenburg..	169.
— de Wexiö.......	222.	— d'Hernösand.....	178.

On assistait donc 1,821 psychopathes, tandis que le nombre des places disponibles s'élevait à 1,841. On a dû, au reste, augmenter le nombre des lits, si bien qu'actuellement la totalité des établissements renferme 2,000 malades. Ce chiffre ne représente que le cinquième des aliénés de la Suède qui, sur une population de 4,500,000 habitants, aurait 10,000 aliénés. Aussi se préoccupe-t-on d'édifier près de Christinehamn sur le lac Wenern, dans la province de Wermland, un nouvel établissement de quelques centaines de places. Les asiles d'aliénés suédois sont tous mixtes; ce sont des asiles-hospices. Leur administration, de même que tout ce qui concerne l'aliénation mentale, a été réglée législativement par un décret royal du 5 mars 1858. Mais à ce document ont été apportées quelques modifications pour certains établissements, tels que l'hôpital de Stockholm. La direction supérieure de tous les établissements hospitaliers incombe à cinq chevaliers de l'ordre des Séraphins (Serafimer Orden Gillet); chacun d'eux est, en outre, dirigé dans ses détails par une commission composée du sénéchal et de l'évêque de la province, ainsi que de quatre membres proposés au roi par la direction supérieure. La direction supérieure rédige chaque année et adresse au roi un rapport sur l'ensemble des établissements hospitaliers; ce rapport forme la section K de

la statistique officielle de la Suède; il fourmille de tableaux statistiques d'ordre médical et d'ordre administratif. La direction de chaque asile prend toutes les décisions administratives et économiques: elle se réunit au moins une fois par mois en s'adjoignant le médecin en chef, qui, d'ailleurs, n'a aucune voix délibérative. On peut cependant se plaindre auprès de la direction supérieure des décisions de la direction de tel ou tel établissement. Cette institution n'a pas rallié les sentiments de satisfaction de tous, et l'on projette, après avoir écarté l'évêque, de donner au médecin en chef le droit de vote.

Chaque asile est destiné, d'abord et en première ligne, aux malades de la province correspondante, mais tous les asiles doivent, en cas d'encombrement, se prêter assistance les uns aux autres, sans que cette aide entraîne aucune élévation dans les prix de pension. Quand toutes les places d'un établissement sont occupées, la direction de ce dernier est tenue d'adresser à la direction supérieure les autres demandes d'admission: c'est celle-ci qui décide dans quelle mesure les transferts doivent avoir lieu dans un autre hôpital. En 1880, les demandes de ce genre ont atteint le nombre de 115. Trois classes de pensionnaires composent la population. La première paie toutes les dépenses nécessaires à un entretien complet: 2 couronnes par jour. La seconde tient compte à l'asile de la moyenne du chiffre d'entretien et de vêture: 75 œres. La troisième bénéficie au fond des mêmes avantages que la seconde, mais comme il s'agit d'indigents, de patients des communes, c'est le roi qui fixe le prix de pension qui est de 50 œres. Il peut aussi y avoir des admissions gratuites; en 1880, elles furent, pour l'universalité des établissements, de 94 hommes et de 39 femmes.

On exige, pour autoriser l'entrée du malade, la preuve d'une psychose récente, d'un danger à l'égard de la securité publique, l'existence d'une accusation nécessitant un examen médico-légal. Le rapport de 1880 signale, à la fin de l'année, dans tous les asiles d'aliénés: 130 criminels, sur lesquels 26 meurtriers. Les incurables et les tranquilles sont renvoyés dans leur pays d'origine.

Les malades des deux dernieres classes sont habillés par l'établissement. Mais ceux de la seconde, qui appartiennent à une catégorie sociale un peu plus relevée, peuvent s'entretenir eux-mêmes des effets nécessaires; on leur donne également des chambres plus confortables. — La nourriture commune est bonne et abondante; quatre à cinq fois par semaine on sert de la viande fraîche ou salée; les autres jours, c'est du poisson (morue séchée, harengs, etc.). On mange dans de la vaisselle de porcelaine. Voici le budget de l'Etat relatif à l'ensemble des établissements. En 1880, ceux-ci ont encaissé 388,067 couronnes 60 œres (543,294 fr. 65 cent.); les dépenses ont été de 867,790 couronnes 67 œres (1,214,907 fr.).

Le service médical est entre les mains du médecin en chef; dans l'intervalle des séances de la commission directrice, il dirige l'asile. C'est à lui que sont subordonnés tous les autres fonctionnaires et employés. Chaque année, au mois de mai, il envoie un rapport à la direction supérieure et au collège royal de santé. Il existe en outre au moins un médecin-adjoint, qui n'habite pas toujours l'établissement : dans certaines circonstances, un à deux étudiants remplissent le rôle d'internes; mais leur temps de stage, obligatoire d'ailleurs, ne dure d'ordinaire que deux mois. Un pasteur habite la ville voisine. Chaque dimanche, chaque jour de fête, il officie et s'occupe non seulement des pratiques de la religion, mais de l'enseignement scolaire. Le traitement psychique des aliénés est, dans le rapport principal annuel de la direction supérieure au roi, l'objet d'un chapitre séparé très étendu. Matin et soir, avant et après le repas, le personnel des gardiens ou un malade fait, dans les diverses sections, une courte prière. Un intendant (syssloman) s'occupe des affaires économiques. Les gardiens sont soumis aux mêmes devoirs que dans les asiles de Danemark. Quelques établissements leur assignent le port d'un uniforme.

On n'a pas encore adopté la construction de colonies agricoles.

En ce qui concerne la *protection des aliénés à leur sortie* de l'asile, on ne saurait passer sous silence l'existence d'une *Société* de ce genre à Stockholm. (Skyddsförening för Sinnesjuke). Elle a été fondée par le conseiller médical Sondén. Elle se propose de « procurer l'appui et les secours convenables aux aliénés guéris (convalescents), dépourvus d'assistance, au moment de leur renvoi de l'asile, et tout particulièrement de l'asile de Stockholm ». C'est le 21 décembre 1861, que cette Société a commencé à fonctionner, après avoir collecté, soit par des contributions volontaires, soit par des legs ou autres sommes capitalisées, un fonds social de 16,717 couronnes 33 œres (23,404 fr. 30 cent.). Depuis cette époque jusqu'en 1880, elle avait dépensé à son œuvre 14,513 couronnes; au début de 1881, sa fortune était de 24,889 couronnes 28 œres (34,845 fr. environ); elle avait 67 collaborateurs. Les malades occupés emportent aussi leur pécule, établi d'après une taxe, en rapport avec la somme de travail fourni, à moins qu'on ne l'ait auparavant employé dans leur intérêt. La première impulsion imprimée à la genèse de la Société de protection dérive de la donation due à la libéralité de la fameuse actrice lyrique Jenny Lind. Aujourd'hui, la Société est alimentée par des contributions volontaires, mais on songe à la réorganiser sur un nouveau plan, d'après lequel la coopération obligerait au versement annuel de 5 couronnes (7 fr.) ou au rachat de sa cotisation par une somme de 50 couronnes (70 fr.) une fois donnée.

Les rapports annuels de la direction supérieure font aussi invariablement mention d'un asile privé, de l'asile d'entretien et de thérapeutique pour psychopathes du Dr Billberg à Stockholm. Il contenait, en 1880, onze hommes et deux femmes. Guérison : deux hommes et deux femmes. Amélioration : deux hommes. Nous abordons maintenant la description résumée des cinq asiles visités par M. Claus, et la condensation des renseignements, qu'il consigne d'après un aliéniste du pays, sur un autre établissement également important.

I. *Hôpital de Gothenburg*, dans l'île d'Hissingen. L'île dont il s'agit est entourée par deux bras du Götaelf. L'établissement occupe un terrain en pente douce, assez protégé contre les vents, grâce à des montagnes de granit que limitent, des deux côtés, la arge vallée où il se trouve. On y arrive de Gothenburg, sur une route départementale, en une bonne heure, à pied. Il date de 1872. Les dépenses de construction ont été de 840,000 couronnes (1,176,000 fr.). La population comprend : 90 hommes, 86 femmes. On n'y reçoit que des pensionnaires de deuxième et troisième classes. Un supplément quotidien de 25 œres peut assurer aux malades de meilleures conditions, sans cependant que le régime alimentaire s'en trouve modifié.

La superficie de l'établissement = 38 hectares 61. L'entrée du territoire de l'asile presque complètement entouré de murs se trouve sur le côté ouest. Les édifices réservés aux aliénés et les principaux bâtiments de l'administration, très simples, revêtus d'un enduit blanc jaunâtre, et couverts en tuiles rouges, ont pour la plupart un étage. Ils forment un rectangle allongé, dont le grand axe court de l'ouest à l'est. Au milieu, ce sont les constructions affectées aux services économiques, avec les cuisines et la buanderie, desservies par une machine à vapeur. Sur le côté ouest, on rencontre des locaux réservés aux besoins administratifs, avec le temple, l'habitation du médecin-adjoint et des étudiants stagiaires. Le côté nord renferme la section des hommes; celui du sud, la section des femmes ; sur un arrière-plan se dresse le quartier cellulaire qui, lui aussi, constitue un rectangle à grand axe, dirigé de l'ouest à l'est. Les deux grands corps de logis destinés aux malades renferment, en allant des bâtiments administratifs à la section des agités, successivement : les aliénés calmes, les aliénés malpropres et agités; tous sont pourvus, de même que les bâtiments cellulaires, d'un promenoir extérieur entouré d'un mur de hauteur convenable. Il n'existe pas de galeries couvertes. — Les lieux d'habitation et de repos des malades regardent, pour les hommes, au nord, pour les femmes, au sud. Les corridors intérieurs donnent accès sur la cour et sont ornés, comme les chambres d'habitation, de fleurs et de gravures. Propreté partout. Pas de salles de fêtes.

Pas de grillages aux fenêtres, mais les croisillons en sont solides. Quelques malades de bonne condition ont leurs chambres particulières ; il peuvent également avoir leurs vêtements personnels, tandis que les autres sont habillés par l'asile. Le costume commun se compose d'une veste et d'une culotte. On revêt ceux qui déchirent des vêtements fermés en usage. Eclairage au pétrole. Chauffage au bois dans des poêles de faïence, excepté aux cellules (chauffage à air chaud par le sous-sol). Système des fosses mobiles parfaitement désinfectées par le chlorure de chaux. Aucune installation spéciale pour la ventilation artificielle. Nulle particularité à signaler dans les appareils balnéaires. C'est d'une source voisine qu'une conduite d'eau apporte à l'établissement, ce qu'il lui faut de liquide pour les besoins journaliers et pour la cuisine ; il est abondant et de bonne qualité. La literie est la même que dans les établissements danois; les gâteux sont placés sur une paillasse percée d'un trou médian. — Trente cellules assez spacieuses, à parois cimentées, prennent jour de fenêtres latérales élevées, munies de volets. La section spéciale en contient 12 pour chaque sexe. Elles n'ont pas toutes leurs latrines.

Le service médical est fait par trois médecins : un médecin en chef, un médecin adjoint, un étudiant. Le premier habite avec l'intendant une maison séparée. Un pasteur dessert l'établissement, sans y résider. La surveillance est dévolue à un gardien et à une gardienne en chef, ayant sous leurs ordres, l'un : neuf gardiens ; l'autre, quatorze gardiennes. Ces agents ont pour traitement : les hommes, 120 couronnes (168 fr.), les femmes 100 couronnes (140 fr.) par an. On est satisfait de leur conduite. Les médicaments, le traitement, les moyens de contrainte sont les mêmes qu'autre part. Depuis l'existence de l'établissement il n'y a eu que deux suicides. Les évasions sont très rares.

Mouvement de la population en 1880.	Population : 227.				
	Sorties......	58	hommes.	28	25 p. 100.
			femmes..	30	
	Guérisons........................				6,17
	Amélioration				7,93
	Non guéris........................				6,61
	Morts............				4,85

On ne cultive dans l'asile qu'à la bêche. L'établissement possède trois chevaux. Ni vaches, ni porcs. Quarante à cinquante malades des deux sexes sont chaque jour occupés. Les journées de travail en 1880 ont atteint la somme de 15,792, dont 9,968 pour les hommes et 5,824 pour les femmes. Il existe des ateliers : ceux de tailleurs et de cordonniers sont dans les quartiers; ceux de forgerons et de menuisiers se trouvent dans un bâtiment, à la porte d'entrée.

Les subsistances sont toutes tirées de la ville, le pain seul est fait à l'établissement.

Budget en 1880 (résumé)	Recettes 38,039 couronnes 35 œres	53,255 fr.).
	Dépenses 90,341 couronnes 18 œres	(126,478 fr.).

P. KÉRAVAL. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

1. *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*; par Thomas BUZZARD. Londres, Churchill, 1882, in-8°.

Ce livre, ainsi que l'indique le titre, n'est pas à proprement parler un traité didactique des maladies du système nerveux, c'est plutôt une série d'études sur quelques points spéciaux de telle ou telle de ces maladies. L'auteur n'a pas cependant laissé tout à fait de côté les généralités; mais il n'y a eu recours qu'autant que cela était nécessaire pour la démonstration qu'il avait en vue.

Les deux premières leçons sont consacrées à l'étude des réflexes tendineux, aux précautions à prendre pour les rechercher et à leur signication au point de vue séméiologique. Quant à leur nature, M. Buzzard admet, malgré les opinions contraires d'un certain nombre d'auteurs (notamment en Angleterre), que les phénomènes tendineux sont d'origine réflexe. Envisageant le signe du tendon rotulien dans le tabes, il insiste sur l'absence de contraction, et lui oppose la facilité avec laquelle, au contraire, se produit dans cette maladie la contraction idiomusculaire par la percussion du corps même du triceps fémoral; ce phénomène devrait être attribué à l'état d'irritation où se trouvent les cornes postérieures, et serait assez analogue au tic convulsif qui accompagne les névralgies du trijumeau.

C'est d'ailleurs le tabes qui semble être, dans ce livre, l'objet favori des études de M. Buzzard, ainsi qu'on pouvait le prévoir par les nombreuses et intéressantes publications qu'il a faites antérieurement sur cette maladie.

Pour faire le diagnostic de tabes, il n'est pas besoin qu'un malade présente dans toute son extension le tableau clinique de l'ataxie

locomotrice, quelques symptômes suffisent, et, en dehors de tout autre trouble nerveux, la coïncidence de l'abolition du réflexe rotulien avec la présence de douleurs à caractère spécial permet d'établir ce diagnostic d'une façon certaine.

Un des symptômes précoces du tabes observé et décrit d'une façon très fine est un trouble spécial dans les fonctions des membres inférieurs sans aucun rapport avec l'ataxie elle-même; le malade étant en train de marcher, tout d'un coup, sans qu'il éprouve de douleur, sans que rien le prévienne, il tombe; il n'a d'ailleurs le plus souvent aucune peine pour se relever et peut rentrer à pied chez lui. Que s'est-il passé? ses jambes ont simplement fléchi sous lui sans qu'il s'y attendit, il y a eu «giving way of the legs ».

Il est un autre symptôme, les arthropathies, dans l'étude duquel l'auteur apporte des observations et des opinions toutes personnelles; sur un relevé de quarante-huit cas d'arthropathies tabétiques épars dans la science, neuf lui appartiennent, c'est dire qu'il a été l'un des premiers à vulgariser en Angleterre la connaissance de cette singulière affection. — Dans cette statistique de quarante-huit cas, M. Buzzard fait remarquer que vingt-quatre fois (pour ne parler que des cas où il en est positivement fait mention), il y a eu coïncidence de crises gastriques et que cette fréquence ne doit pas, selon toute probabilité, être purement fortuite mais cacher une relation plus intime. — Or, dès 1880, et plus récemment encore, s'appuyant sur les cas de M. Pierret, où les faisceaux cunéiformes en relation immédiate avec le noyau du pneumogastrique étaient altérés, l'auteur avait émis l'opinion que les crises gastriques dépendent d'une irritation du noyau du pneumogastrique. Etant donnée cette localisation pour les crises gastriques, c'est à une lésion voisine de celle-ci, c'est-à-dire à une lésion bulbaire qu'il faudrait rapporter les arthropathies, vu la coïncidence si fréquente de ces deux symptômes.

Signalons aussi le chapitre relatif à l'influence de la syphilis sur l'apparition du tabes; dans une statistique personnelle de cent tabétiques, quarante-cinq fois seulement l'existence antérieure de maladies vénériennes a été constatée, et encore la nature syphilitique de celles-ci n'était-elle pas toujours très certaine; aussi, sans nier la fréquence de l'association de ces deux maladies, faut-il avouer que nous ne sommes pas actuellement en état d'indiquer quels sont au juste les rapports qu'elles ont entre elles.

Ce n'est pas d'ailleurs le seul passage de ce livre où il soit question du rôle de la syphilis sur le système nerveux; dans la leçon XVI l'auteur rapporte plusieurs cas de somnolence prolongée dans la syphilis cérébrale, il rattache ce phénomène à des lésions artérielles et insiste sur l'influence du traitement; c'est surtout encore au point de vue des bons résultats obtenus par le traitement spécifique qu'il étudie la névrite syphilitique, et aussi au point de vue

de l'importance qu'il y a à ne pas la confondre avec les douleurs rhumatismales.

Dans la leçon XVIII se trouvent consignées plusieurs observations de paralysie rapide et presque généralisée, semblant être sous la dépendance de la syphilis, et caractérisés par la perte de la sensibilité, des douleurs, l'abolition des réflexes tendineux et la paralysie motrice; l'auteur rapproche ces paralysies de celles qui s'observent à la suite de la diphthérie; il pense que ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par une altération de toute la substance grise, ou par une méningite assez étendue pour comprimer à la fois les racines antérieures et postérieures des nerfs périphériques.

Quant à l'hystérie, elle est surtout étudiée au point de vue de la ressemblance de quelques-unes de ses manifestations avec différentes maladies organiques du système nerveux (*nervous mimicry* de James Paget); dans aucun cas de paralysie hystérique, l'auteur n'a observé l'abolition des réflexes, c'est là une donnée importante puisqu'à elle seule, elle exclut du diagnostic un certain nombre d'affections organiques; cependant le réflexe tendineux pourrait disparaître dans les cas de paralysie prolongée du triceps fémoral. — Dans un cas, la paralysie d'un côté de la face aurait été observée. A propos du traitement, nous relevons cette pensée aussi juste qu'originale : « On ne peut guérir une manifestation hystérique tant que l'on a des doutes sérieux sur sa nature ».

L'hystérie est d'ailleurs proche parente de la tétanie, et dans celle-ci l'hyperexcitabilité des nerfs serait fort analogue à celle signalée par M. Charcot dans la première de ces affections; quant à la physiologie pathologique de la tétanie, M. Buzzard rappelle l'opinion de H. Jackson, d'après laquelle le cerveau serait le centre des mouvements spéciaux et déterminés, tandis que le cervelet serait le centre des mouvements continus, lorsque l'action du cerveau serait empêchée, le cervelet, privé d'antagonisme, agirait seul, et donnerait naissance à une contraction continue des muscles (tétanie, athétose, etc.).

Une des dernières leçons est consacrée à l'action des vésicatoires circulairement appliqués (*encirching blisters*) dans l'épilepsie; c'est là une méthode qui appartient en propre à l'auteur et qu'il est intéressant de connaître. Dans le relevé des résultats que lui ont fourni les vésicatoires circulairement appliqués au niveau du membre qui est le siège de l'aura épileptique, il s'en faut que dans tous les cas, les attaques d'épilepsie se soient trouvées supprimées, mais presque toujours il y a eu un transfert, soit sur le membre du côté opposé, soit sur l'autre membre du même côté (de la jambe au bras et *vice versâ*). Il est fort rare d'ailleurs que ce moyen thérapeutique n'amène pas une perturbation dans le siège de l'aura. — Ces faits avaient déjà appelé l'attention de l'auteur et avaient fait l'objet de publication en 1868; depuis il a ob-

servé des résultats concordants, et il n'hésite pas à les rapprocher des phénomènes de transfert décrits par M. Charcot; il pense, avec M. Vulpian, que certaines excitations périphériques déterminent un état spécial des centres corticaux correspondants, et a cherché à utiliser cette action, soit pour modifier l'état des circonvolutions dans l'épilepsie, soit pour provoquer la suppléance dans les cas de destruction des circonvolutions.

Les limites de cette analyse ne nous permettent pas d'entrer dans le détail des chapitres consacrés à la paralysie saturnine, à la paralysie cervicale, à la paralysie infantile, à la poliomyélite antérieure, à la paralysie agitante; mais à propos de cette dernière, nous ne pouvons nous empêcher de signaler une page pleine d'originalité et d'humour sur le ton de fausset (*piping voice*) des paralytiques agitants; c'est, dit l'auteur, un ton de voix tout à fait analogue à celui que prennent les acteurs pour représenter les vieillards et comme, en réalité, les vieillards que nous rencontrons tous les jours ne parlent pas ainsi, il est fort probable que l'acteur qui a créé ce type avait pris pour modèle un individu atteint de paralysie agitante.

Plusieurs figures jointes au texte, et de nombreuses observations inédites qui sont, elles aussi, comme autant d'illustrations, ajoutent encore à la clarté de cet ouvrage. P. Marie.

II. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie;* par Bourneville, Dauge et Bricon. (Publications du *Progrès médical*, 1883.)

Tel est le titre sous lequel vient de paraître pour la troisième fois (1881-1882-1883) une publication intéressante à plusieurs points de vue, et qui, tant par les matériaux qu'elle contient que par sa nature spéciale, mériterait une place plus étendue que celle dont nous pouvons disposer ici; ce que nous nous proposons surtout, c'est de la signaler à l'attention de nos lecteurs, et pour cela nous allons, à l'occasion du plus récent de ces volumes, rappeler brièvement le contenu de ceux qui l'ont précédé.

Mais avant d'apprécier le détail de cette publication, nous dirons quelques mots de son ensemble, et de la méthode qui a présidé à son développement. Ces trois volumes constituent, ainsi que l'indique le sous-titre, un *compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre* pendant ces trois dernières années; c'est-à-dire que les différents cas observés pendant un an (surtout ceux suivis d'autopsie) sont réunis, groupés ensemble dans un volume et que le lecteur se trouve ainsi mis au courant du fonctionnement du service pendant toute une année.

C'est là une tentative que l'on ne saurait trop louer, car M. Bourneville et ses collaborateurs ont fait œuvre d'initiative et

de progrès ; il serait à souhaiter que leur exemple fût suivi dans tous les services hospitaliers de Paris, car des publications de ce genre sont tout à fait exceptionnelles chez nous, alors que dans les autres pays, elles sont en usage depuis longtemps déjà et rendent les plus grands services (S. *George's Hosp. Reports : — S. Bartholomew's Hosp. Reports; — Charité Annalen de Berlin.* — Recueils suédois et danois analogues, etc., etc.). — Que l'on veuille bien se représenter un instant chacun des chefs de service de l'Assistance publique publiant tous les ans la statistique et les observations des malades soignés dans son service pendant l'année, et l'on comprendra toute l'importance de l'œuvre de M. Bourneville.

Si, maintenant, nous entrons dans le détail, nous trouvons dans chacun de ces volumes une variété de cas pathologiques à laquelle on est loin de s'attendre, d'après l'idée que l'on se fait généralement d'un service d'épileptiques et d'enfants idiots ou arriérés.

C'est ainsi que, en 1881, nous trouvons une observation très intéressante de *maladie bleue* avec autopsie minutieusement décrite à laquelle fait suite un relevé des cas analogues publiés par d'autres auteurs. — Une observation de *crétinisme* avec *myxœdème*. — Un cas d'*hystérie* chez un *garçon* de treize ans qui a présenté avec ses principaux caractères le tableau de l'hystéro-épilepsie, périodes épileptoïde, clonique et délirante pendant les attaques, hémianesthésie, zones hystérogènes, etc. Plusieurs *autopsies* faites chez des *idiots* et montrant des lésions cérébrales et méningées plus ou moins étendues et profondes.

En 1882, nombreuses notes et observations sur l'idiotie et l'épilepsie avec résultats divers d'autopsie. Observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon où se retrouvent encore les principaux phénomènes de la grande hystérie : hémianesthésie, zones hystérogènes, etc. Un cas d'arthropathies chez un ataxique. Les auteurs considèrent les lésions articulaires comme de nature rhumatismale, vu l'aspect des surfaces osseuses et de la synoviale. — Une intéressante relation de l'épidémie de rougeole qui envahit la section des enfants dans les premiers jours de janvier 1881.

En 1883, en outre des observations d'épilepsie et d'idiotie, contingent ordinaire du service, et d'un nouveau cas d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon, nous trouvons un certain nombre de recherches sur les agents thérapeutiques employés contre l'épilepsie : *bromure d'or*, *hydrothérapie*, *bromure d'éthyle*, emploi de l'*aimant* dans l'épilepsie. — Nous ne pouvons, à notre grand regret, donner une analyse de chacun de ces différents chapitres qui contiennent de précieux renseignements sur la valeur thérapeutique de ces divers agents.

Il faut nous borner aussi à une simple mention de la partie qui, dans chaque volume, est plus spécialement consacrée aux renseignements d'administration médicale du service, et à la statistique

proprement dite. — Résultats obtenus dans les écoles hospitalières, vaccinations, traitement moral, hydrothérapie, service dentaire, etc. Tout cela est si précis, si complet, qu'il semble que l'on assiste au fonctionnement de la division des idiots et épileptiques de Bicêtre, et que l'on est au courant du service presque autant que M. Bourneville lui-même, ce qui n'est pas peu dire. P. M.

III. *Les aliénés en Italie. — Etablissements qui leur sont consacrés. — Organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses;* par Billod, médecin en chef, directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine.

Chargé d'une mission qui lui avait été confiée par le ministre de l'instruction publique à l'effet d'étudier en Italie l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses, M. Billod reproduit, sous forme d'instruction, le rapport qu'il a rédigé à ce sujet, rapport qui, ainsi que tout le reste du livre, confirme la sagesse du choix ministériel pour une telle mission.

L'auteur examine l'organisation du service des aliénés, au point de vue administratif, puis médical, en insistant sur l'enseignement de la médecine mentale.

En opposition avec un précédent voyage qu'il avait fait en 1846 dans les mêmes localités, il constate pourtant un progrès; l'auteur fait remarquer qu'il n'existe pas encore de loi générale sur les aliénés pour l'Italie unifiée et constate avec regret le manque d'un inspectorat général pour tous les établissements; ce rouage paraît inutile en Italie; il signale aussi le manque, dans ce pays, d'un établissement analogue à celui de Charenton.

Sur les vingt et une universités italiennes, neuf ont des chaires de pathologie mentale, sept des cours libres. Les professeurs sont divisés en ordinaires, extraordinaires et chargés de cour. Les professeurs ordinaires sont nommés par le roi, sur la proposition du ministre après concours sur titre. Le principe de la nomination au concours tend maintenant à prévaloir pour les fonctions de médecin-directeur. Ainsi récemment à Rome, ce fonctionnaire qui était autrefois nommé directement par le pape a été nommé à la suite d'un concours.

L'auteur entre ensuite dans l'examen détaillé de chacun des établissements spéciaux et n'omet aucun détail; ce livre constitue ainsi un recueil précieux de renseignements sur l'historique, le personnel, les maladies, les usages des établissements. Nous citerons plus particulièrement : l'organisation de chroniques (manicôme de Gênes, de Saint-Lazare à Reggio), organes de communication entre les divers manicômes, la création d'un cadran dans le cabinet de la direction avec appareil téléphonique communiquant avec toutes les parties de l'établissement (à Reggio); un contrô-

leur électrique pour s'assurer du service des infirmiers de nuit, sans que ceux-ci soient obligés de quitter leur salle (même établissement), une sonnerie d'alarme en cas de suicide au manicôme de Vienne, une société pour les infirmières impotentes au manicôme di Santa Maria d'Imola, les sorties d'essai d'un mois au manicôme de Brescia. Au manicôme de Voghera les aliénés de la classe indigente, mais appartenant à un milieu social plus élevé que le commun des aliénés de leur classe, sont placés dans une classe supérieure.

Enfin l'auteur termine par des considérations statistiques, donnant un aliéné pour 1,634 habitants pour moyenne de l'Italie, signalant la Sardaigne comme possédant le moins d'aliénés et l'Emilie le plus, montrant la pellagre inconnue en Sicile, en Sardaigne et dans le Napolitain, répandue dans la Vénétie, montrant la fréquence de la folie alcoolique dans les haute et basse Italie, de la folie hystérique et puerpérale en Vénétie, de la folie alcoolique en Toscane. CHARPENTIER.

IV. *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Les formes anormales en particulier*; par H. CHANTEMESSE, interne lauréat des hôpitaux de Paris. Paris, 1884. Bureaux du *Progrès médical*, et A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

La méningite tuberculeuse présente généralement, chez l'enfant, une évolution presque cyclique dont les principaux traits fixés par R. Whytt (1768) ont été reproduits par tous les auteurs. Ce qui est la règle chez l'enfant devient l'exception chez l'adulte, et la méningite tuberculeuse des jeunes gens et des hommes faits est soumise à des anomalies qui en rendent le diagnostic très difficile.

Tantôt c'est une apoplexie avec hémiplégie consécutive, simulant l'hémorrhagie cérébrale ou le ramollissement; tantôt c'est une monoplégie ou un monospasme rappelant plus ou moins les symptômes des tumeurs cérébrales; tantôt c'est un délire aigu, sans paralysie, ni convulsions, donnant l'image du délire alcoolique ou de la manie. Tous ces phénomènes si variés, si nombreux, surprenant les individus en pleine santé, sont bien faits pour dérouter les cliniciens, si bien que dans plusieurs observations rapportées par M. Chantemesse, le diagnostic n'a pu être fait qu'à l'autopsie. On jugera par là de l'intérêt que peut offrir une étude basée sur l'examen clinique et anatomique d'un grand nombre d'observations (54) de méningites tuberculeuses anomales de l'adulte. Quand la maladie frappe des sujets déjà tuberculeux par le poumon, quelles que soient les anomalies de la nouvelle localisation de la maladie, l'auscultation lève tous les doutes.

Au point de vue anatomo-pathologique, les recherches de M. Chantemesse sont très importantes; elles démontrent, en effet,

que dans ces formes anomales de la méningite tuberculeuse (formes convulsives, paralytiques, délirantes, etc.), tout l'appareil symptomatique doit être rapporté à des plaques de *méningo-encéphalite corticale* et non point à des lésions du centre ovale, et des corps opto-striés, comme on l'avait affirmé dans certains travaux antérieurs. Sous ces plaques de méningite adhérentes à l'écorce, on voit la substance des circonvolutions ramollie, diffluente, enflammée. Les vaisseaux présentent des altérations considérables, ils sont entourés de petites cellules qui infiltrent la tunique celluleuse des artérioles, la gaîne lymphatique et la pie-mère adjacente ; la tunique interne présente une endartérite très développée, avec un épaississement énorme qui va parfois jusqu'à l'oblitération complète.

Les lésions cérébrales de la méningite tuberculeuse sont de nature inflammatoire aussi bien dans la substance blanche que dans la substance grise, mais ce n'est pas de l'inflammation franche et suppurative, c'est de l'*encéphalite subaiguë*. Ce processus est bien inflammatoire et non nécrobiotique parce que les lésions consistent dans une tuméfaction des cellules de la névroglie avec multiplication des noyaux et finalement état vacuolaire et destruction de ces cellules. Ainsi se forme, d'après M. Chantemesse, un ramollissement inflammatoire. Pour rendre la démonstration plus complète, l'auteur a examiné histologiquement un ramollissement cérébral récent et un ramollissement ancien ; dans ces deux cas, les lésions observées diffèrent complètement de celles qui caractérisent la méningo-encéphalite tuberculeuse.

Après avoir ainsi décrit, avec le soin qu'elles méritent, les lésions corticales, M. Chantemesse aborde le diagnostic des formes anomales qu'il a si bien étudiées. Reprenant sous forme de conclusions, l'étude de ces formes, il les ramène à quatre types différents : 1° la *forme latente* qui s'observerait chez les cachectiques et les poitrinaires et se démasquerait tout à coup pour aboutir rapidement, après les convulsions ou le délire, au coma mortel; 2° la *forme délirante* qui présente deux variétés : le type aigu, dont la terminaison mortelle est rapide et rarement retardée jusqu'au quinzième ou vingtième jours, le type chronique durant une ou plusieurs années ; 3° la *forme spinale* qui simule parfois l'évolution d'une myélite ascendante, jusqu'au jour où des accidents céphaliques viennent assurer le diagnostic ; 4° la *forme hémiplégique* avec ou sans aphasie, suivant le siège de la *plaque de méningo-encéphalite*. Tels sont les principaux traits de l'excellente thèse inaugurale de M. Chantemesse ; on voit, par cette courte analyse, que ce travail marque un réel progrès dans l'étude d'une des localisations les plus importantes de la méningite tuberculeuse. J. Comby.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants; par SAUBOST. Thèse de Paris, 1884.

De la spermatorrhée; par MALÉCOT. Thèse de Paris, 1884.

De l'ergotisme dans le diabète sucré; par RUYSSEN. Thèse de Paris, 1884.

Contribution à l'étude du rôle étiologique de la ménopause; par JACQUEMART. Thèse de Paris, 1884.

De la mort rapide par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle; par DESCHAND. Thèse de Paris, 1884.

Du positivisme en médecine par la fonction nerveuse, nervisme; par J. RIVIÈRE. Thèse de Paris, 1884.

Etude sur quelques points de la méningo-myélite expérimentale; par J. DAGONET. Thèse de Paris, 1884.

Contribution à l'étude du centre moteur cortical du membre inférieur; par C. PRÉVOST. Thèse de Paris, 1884.

Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau; par H. CROSNIER DE VARIGNY. Thèse de Paris, 1884.

Matériaux pour servir à l'histoire du traitement de l'éclampsie puerpérale; par CHAMBERT. Thèse de Paris, 1884.

De la chorée pendant la grossesse; par P. HERVÉ. Thèse de Paris, 1884.

FAITS DIVERS

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre ami, le Dr Blondeau, secrétaire de la direction du *Progrès médical* : il était l'auteur d'une excellente thèse ayant pour titre : *Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes* (1879).

— M. Sémerie, un des écrivains les plus distingués de l'école positiviste, est mort samedi 3 mai, à Grasse. Sa thèse (25 juillet 1867) sur les *Symptômes intellectuels de la folie* fut une de celles qui eurent l'honneur d'être signalées et dénoncées à la vindicte impériale et cléricale par Dupanloup. — Au moment de paraître, nous apprenons la mort, à l'âge de quatre-vingts ans, de l'un des médecins aliénistes les plus distingués de notre époque, M. le

Dr Moreau (de Tours), médecin de la Salpêtrière. Nous espérons que l'administration fera, avant la fin de l'année, un concours pour la nomination à la place devenue vacante.

Asile d'aliénés de Rennes. — En vertu d'une loi que vient d'adopter le parlement, le département d'Ile-et-Vilaine vient d'être autorisé à contracter un emprunt de 600,000 francs applicable au remboursement de la dette de l'asile d'aliénés de Rennes et à divers travaux à exécuter dans cet établissement.

Commission de la rage. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Vu la lettre du 17 mai 1884. par laquelle M. Pasteur a demandé la nomination d'une commission spéciale chargée de contrôler ses expériences sur la prophylaxie de la rage, Arrête : Sont nommés membres de la commission chargée de contrôler les expériences de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage : MM. le Dr Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, doyen de la faculté de médecine de Paris, professeur de physiologie à la même faculté; — Paul Bert, membre de l'Institut, professeur de physiologie générale à la faculté des sciences de Paris; — Bouley, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle; — le Dr Villemin, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires de Paris; — le Dr Vulpian, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la faculté de médecine de Paris; — Tisserand, conseiller d'Etat, directeur au ministère de l'agriculture.

Nominations. — M. le Dr Riu vient d'être nommé médecin du quartier des aliénés de l'hospice d'Orléans.

Académie royale de médecine de Belgique. — *Extrait du programme des concours.* — 1882-1885. Étudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. *Prix :* 800 *francs.*

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus des concours : 1° les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées; 2° ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement; 3° ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant; 4° ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée. L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations; les

concurrents sont donc tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent porter une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois, l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie du travail, à ses frais, lorsqu'il aura fourni au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

L'Académie accorde gratuitement aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires de ces travaux, tirés à part, et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

Morphiomanie. — Dans la séance de l'institut d'Alexandrie du 9 mai courant, le Dr Abbate pacha, a parlé de la *morphiomanie* en Egypte, surtout parmi les grandes dames des harems. Il a démontré les inconvénients des injections sous-cutanées de morphine au point de vue physique et moral. (*Phare d'Alexandrie* du 10 mai.

— Le Dr Hinkley publie dans *New-York medical Journal*, l'observation d'une morphiomane qui en est arrivée à des doses véritablement fantastiques. Cette dame absorbe en injections sous-cutanées : dans les 24 heures, 85 grains de sulfate de morphine, soit 5 gr. 50; elle présente comme symptômes: de la chute des cheveux, une constipation opiniâtre, de l'anorexie, un sommeil irrégulier, des troubles du caractère et un abaissement de la température assez marqué. Elle est elle-même effrayée de son état et cherche à se débarrasser de cette infirmité, mais jusqu'à présent elle a résisté à tous les moyens que les médecins lui ont proposé pour la guérir de cette mauvaise habitude.

Récompense honorifique. — Le Dr Fabre, médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier, vient d'obtenir une médaille d'honneur de seconde classe pour son courageux dévouement dans plusieurs incendies.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 784.

Vol. VIII. Septembre 1884. N° 23.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

DES ATTAQUES D'HYSTÉRIE A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE (ÉTUDE D'UNE NOUVELLE VARIÉTÉ D'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIFORME);

Par le Dr Gilbert BALLET, ex-chef de clinique de la Faculté,
et Gaston CRESPIN, interne des hôpitaux.

C'est un fait aujourd'hui bien connu que l'hystérie emprunte fréquemment le masque de l'épilepsie. L'expression d'hystéro-épilepsie, dont on se sert alors pour la désigner, indique très nettement la chose.

On sait d'autre part, grâce aux travaux de Briquet, grâce surtout à ceux de M. Charcot, que la ressemblance dans les phénomènes symptomatiques n'implique pas une identité de nature et qu'il y a, nosologiquement parlant, une différence radicale entre les symptômes épileptiformes de l'hystérie et les manifestations épileptiques proprement dites. Les arguments qui le démontrent ont été trop souvent reproduits pour que nous croyions devoir les mentionner ici de nouveau. D'ailleurs, en plus d'un passage de ce mémoire, nous aurons à revenir sur quelques-uns d'entre eux et à mettre en relief leur valeur.

Quand l'hystérie revêt la physionomie de l'épilepsie, c'est le GRAND MAL qu'elle simule le plus souvent et elle peut le simuler dans ses deux modalités : l'accès isolé et l'état de mal. On sait que la première phase de l'attaque hystéro-épileptique ressemble presque de tous points à l'accès d'épilepsie. Mais, le plus souvent les deux dernières périodes de l'attaque hystérique séparent de telle façon les unes des autres les phases épileptoïdes des attaques consécutives qu'on ne peut, même à première vue, se tromper sur la signification et la nature de ces dernières. — Dans d'autres cas, au contraire, plus rares à la vérité, les attaques d'hystérie se succèdent en très grand nombre, et empiètent les unes sur les autres. La phase des grands mouvements, celle des hallucinations sont *sautées* en quelque sorte, et l'on assiste à une série parfois fort longue d'accès épileptoïdes, qui, par leur réunion et leur enchaînement constituent un véritable état de mal, rappelant de très près l'état de mal épileptique. Mais il s'agit alors simplement d'un *état de mal épileptiforme*, comme l'appelle M. Charcot, qui, il y a longtemps déjà, à propos d'une observation curieuse dont nous parlons plus loin, a fait heureusement ressortir les caractères et la signification nosologique de ce faux état de mal épileptique.

L'hystérie *s'habille* donc souvent en grand mal. Elle peut aussi s'habiller en PETIT MAL. Quelques faits observés par l'un de nous[1], dans le service et sous la direction de M. Charcot, d'autres relatés par différents

[1] G. Ballet. — *Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.* Mém. inédit, couronné par l'Académie de médecine (Prix Civrieux 1882).



observateurs, notamment par M. P. Richer[1], nous autorisent, en effet, à avancer qu'elle simule quelquefois le vertige[2].

En outre (et c'est là le point nouveau sur lequel nous voulons insister dans ce mémoire), l'attaque hystérique, dans quelques cas, reproduit avec une exactitude à peu près parfaite le tableau de l'ÉPILEPSIE PARTIELLE (épilepsie jacksonnienne, ou par lésion cérébrale). Cette notion résulte de plusieurs faits que nous avons été à même d'observer dans les services de nos maîtres, MM. Charcot et Legrand du Saulle, à la Salpêtrière. Les cas de cet ordre qui, jusqu'à ce jour, étaient croyons-nous, passés complètement inaperçus se rencontreront vraisemblablement en assez grand nombre, quand l'attention aura été dirigée de leur côté.

Les malades soumises à notre observation ont présenté des attaques caractérisées tantôt par des convulsions exactement limitées (primitivement du moins) à un côté du corps, avec rotation de la tête et des yeux du côté convulsé, tantôt par des spasmes limités à un côté de la face ou à l'un des membres. Dans le premier cas, le tableau clinique était celui de l'épilepsie jacksonnienne à forme hémiplégique; dans le second celui de l'épilepsie partielle à forme circonscrite ou monoplégique. De plus, chez la plupart des malades, les accès se sont montrés par séries constituant un véritable *état de mal*, analogue à celui qu'on observe chez les individus atteints de lésion cérébrale

[1] P. Richer. — *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, p. 293.

[2] A maintes reprises, et notamment dans l'*Iconographie photographique* de la Salpatrière (1876-1880), ces vertiges ont été décrits et comparés à ceux de l'épilepsie (Bourneville).

corticale. Mais l'examen attentif et minutieux de tous les phénomènes a permis de rejeter le diagnostic épilepsie et d'affirmer que nous étions en présence d'attaques d'hystérie franche.

Nous nous proposons donc d'établir dans ce travail :

1° Que, dans certains cas, l'attaque d'hystérie simule l'accès d'épilepsie partielle ;

2° Que, dans ces circonstances, en dépit de la frappante ressemblance que la fausse épilepsie partielle (épilepsie partielle hystérique) présente avec l'épilepsie partielle par lésion cérébrale, il existe des signes qui permettent d'établir avec certitude le diagnostic différentiel. Ces données, que nous avons déjà exposées succinctement dans le *Progrès médical*[1], ressortiront d'une façon très nette des observations et des développements qui vont suivre.

La première observation qui constitue, pour ainsi dire, la clef de la démonstration que nous entreprenons, est celle d'une malade du service de M. Legrand du Saulle.

OBSERVATION I[2]. — Rosa G..., dix-sept ans, fille naturelle, aurait présenté vers l'âge de douze à treize ans, des attaques convulsives, sur la nature desquelles il est impossible d'être renseigné. Nous avons appris que la malade aurait eu des vertiges : elle pâlissait subitement et faisait quelques petits mouvements ; mais ces vertiges étaient fort peu nombreux et de très courte durée.

Nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires. — La malade entre à la Salpêtrière le 24 juin 1881, dans le service de M. Legrand du Saulle. Depuis cette époque jusqu'à jan-

[1] *Progrès médical*, 1884, n° 5.

[2] Cette observation a fait l'objet d'une communication de M. Legrand du Saulle à la Société médico-psychologique, dans la séance du 29 octobre 1883.



vier 1883, c'est-à-dire pendant dix-huit mois environ, elle n'a pas d'attaques. Nous constatons seulement que R... est vive, coléreuse, d'un caractère très irritable et d'une grande coquetterie.

Le 22 janvier 1883, la malade est prise d'accès qui vont en augmentant de nombre jusqu'au 7 février; ces accès à caractère épileptiforme *paraissent* avoir été influencés par le bromure de potassium, car ce médicament ayant été administré pendant trois jours, à la dose de quinze grammes, les attaques disparurent après trois jours de médication, c'est-à-dire le 10 février. Pendant cette période de vingt jours, du 22 janvier au 10 février, on ne compta pas moins de 8,000 accès.

Ces accès ressemblaient à ceux de l'*épilepsie* partielle, avec prédominance des *convulsions* du côté droit; mais la température resta toujours normale, tandis que le pouls était à 120 ou à 130.

Cette série de 8,000 attaques terminée, la malade ne présenta plus qu'un nombre de crises relativement limité de mars à septembre 1883; elle eut, en moyenne tous les mois, cent attaques qui se montraient toujours par séries de dix à douze, et étaient suivies d'un repos de plusieurs jours. Le 30 septembre 1883 (il y avait quinze jours que la malade n'avait pas eu d'attaques), elle fut prise d'accès nombreux, se succédant sans interruption. . . . .



Fig. 1. — Phase tonique.

DESCRIPTION DES ACCÈS. — Les accès ne sont pas précédés d'aura; quelquefois un petit *cri* annonce le début d'une crise. Alors la tête se raidit et se tourne du côté droit. La face devient un peu rouge. Les globes oculaires, portés en haut et à droite, cachent leur pupille dilatée sous les paupières supérieures; les yeux sont légèrement entr'ouverts; les muscles de la face se convulsent, surtout à droite; la bouche largement ouverte laisse quelquefois sortir la langue. .

A droite, le membre supérieur rigide est étendu dans l'adduction et la rotation en dehors; le poignet est fléchi sur l'avant-bras, et le poing convulsé. Le membre inférieur est en extension, le genou droit fortement appliqué contre le gauche; la jambe et le pied sont tournés un peu en dehors. (*Fig.* 1.)

A gauche, le membre supérieur se raidit un peu, mais *toujours consécutivement* à la jambe droite, et à un degré très faible; car le poing n'est jamais fermé; la jambe gauche ne se prend qu'ultérieurement, et très légèrement; souvent même elle reste tout à fait indemne.

A la phase tonique, succède bientôt une période de convulsions cloniques. Les muscles de la face et des membres du côté droit sont agités de secousses brèves, qui se succèdent avec la



Fig. 2. — Phase clonique.

plus grande rapidité. Du côté gauche, il n'y a rien de semblable : les membres restent un peu étendus, et un peu raides; mais on n'y observe jamais de convulsions cloniques. Bientôt les mouvements convulsifs s'arrêtent; mais pour recommencer presque aussitôt. Et une nouvelle attaque se produit, identique à celle que nous venons de décrire. Les tracés graphiques que nous avons recueillis montrent avec netteté, d'une part, que la raideur du côté gauche est toujours consécutive à celle du côté droit; d'autre part, que les convulsions cloniques se produisent seulement à droite. (*Fig.* 2.)

Après un nombre d'accès très variable, se succédant sans interruption, la malade revient à elle pour quelques instants; elle ne paraît pas abattue : elle a conservé un vague souvenir de ce qui s'est passé.

Après les crises, la main droite reste fermée convulsivement, et le membre supérieur droit un peu contracté. A gauche, les membres deviennent flasques.

Du 3 au 11 octobre, les accès se multiplient en conservant

les caractères que nous venons d'indiquer, et sans qu'aucun phénomène nouveau n'apparaisse ; seulement le nombre des accès va toujours en croissant, puisqu'on en observe 940 dans la journée du 12, et 1,212 dans la journée du 13. *La température reste normale*, malgré le nombre considérable des attaques.

Trois ou quatre jours après le début des accidents, notre attention est appelée sur certains signes qui avaient échappé tout d'abord, ou qui peut-être n'existaient pas encore; c'est ainsi que nous observons des mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises, des battements des paupières pendant les accès. Enfin, il importe de signaler l'ouverture de la bouche, et la propulsion de la langue au dehors, qui se sont montrées à différentes reprises d'une façon très manifeste.

Le 14 octobre, les attaques deviennent plus complètes ; les convulsions se généralisent : le côté gauche se prend à son tour. Dans chaque accès, le membre supérieur gauche s'étend et se raidit, les doigts se contractent et le pouce se fléchit dans la paume de la main comme à droite; le poignet se fléchit à angle droit sur l'avant-bras; la face palmaire de la main regardant en haut. La jambe gauche est également rigide. Les mouvements cloniques se montrent dans le membre supérieur gauche, mais beaucoup plus faiblement qu'à droite; la jambe gauche ne présente pas toujours de convulsions. A ce moment donc, et pour la première fois seulement, les convulsions tétaniques sont généralisées. Toutefois, les mouvements cloniques restent prédominants à droite, et la tête se tourne toujours de ce côté, c'est-à-dire du côté primitivement convulsé.

Nous constatons aussi pour la première fois (dans l'intervalle des crises) de l'amblyopie à droite avec achromatopsie, signes sur lesquels nous reviendrons.

Pas de changement nouveau dans l'état de la malade jusqu'au 18 octobre, époque à laquelle les phénomènes de nature nettement hystérique, viennent se surajouter aux manifestations épileptiformes. En effet, à la suite d'une série d'accès épileptoïdes, nous voyons apparaître des hallucinations visuelles terrifiantes. Les yeux sont largement ouverts, tandis qu'au début de la maladie, ils étaient presque fermés ; ils sont fixes; le regard exprime la terreur. La malade fait des mouvements comme pour éviter quelque chose qui approche; parfois elle se cache sous son drap; mais elle ne prononce aucune parole. Ces hallucina-

tions durent de cinq à dix minutes. A son réveil, R... n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Le lendemain et les jours suivants, les hallucinations deviennent plus précises. La malade

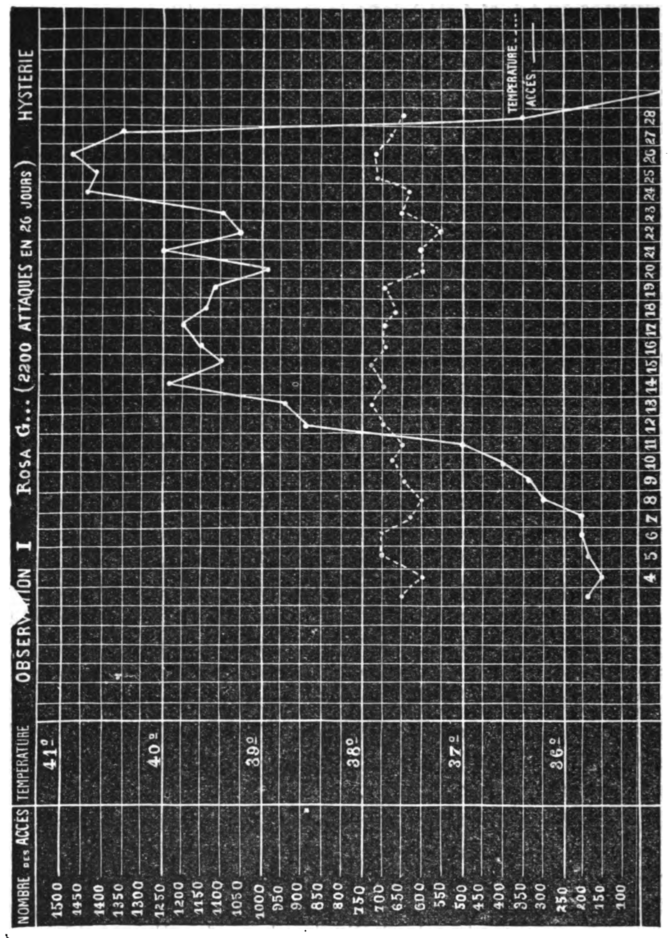


Fig. 3. — Courbes des attaques et de la température chez Rosa G...

dit qu'elle voit une boule noire qui se déroule, se déploie, va et vient. « La voyez-vous ? » s'écrie-t-elle. Plus tard, au milieu d'une hallucination, lorsqu'on presse R... de questions, elle répond :

« Vous la voyez bien, c'est une bête verte qui rampe ; elle a des yeux, mais n'a pas de pattes ; elle s'approche de moi, arrêtez-la. » R... a toujours les yeux fixés dans la même direction, et tournés vers la droite. Les visions se montrent toujours du côté où prédominent les convulsions, c'est-à-dire du côté droit.

La malade se débat, saute et s'agite en tous sens, comme pour résister à quelque chose qui la poursuit. Il est à remarquer que les hallucinations terrifiantes tantôt se montrèrent à la suite d'un ou de plusieurs accès épileptoïdes, tantôt apparaissent isolées des phénomènes convulsifs, après un intervalle de repos.

Les accès épileptoïdes, loin de diminuer de nombre après l'apparition des hallucinations, ne font qu'augmenter, puisqu'on en compte : le 18 octobre, 1,139 attaques ; le 19, 1,109 ; le 25, 1,463 ; le 26, 1,513.

Enfin, le 28 octobre, c'est-à-dire le vingt-sixième jour de la maladie, les attaques, qui s'étaient élevées à 1,351 la veille, tombent à 350. Les jours suivants, les accès épileptoïdes disparaissent presque complètement ; la malade n'a plus que quelques hallucinations visuelles souvent fort longues, mais moins terrifiantes qu'au début.

Enfin, on observe encore pendant quelques jours huit à dix petits accès épileptoïdes en une seule série ; mais ces accès sont tout à fait avortés ; ils se bornent à quelques mouvements de la face, puis tout disparaît, et la malade ne tarde pas à se lever.

Du 3 octobre, début de la série des accès au 28, c'est-à-dire en vingt-six jours, la malade a atteint le chiffre énorme de 21,708 accès[1]. Pendant tout ce temps, la température n'a pas cessé d'être normale. (*Fig.* 3.)

Examen de la sensibilité. — La sensibilité générale au tact, à la température et à la douleur a disparu d'une façon complète du côté droit. L'examen de l'œil, fait par M. Parinaud, a permis de constater de l'amblyopie hystérique plus prononcée à droite, et un rétrécissement caractéristique du champ visuel de ce côté

[1] Nous ne connaissons pas d'observation dans laquelle on ait signalé jusqu'à présent un nombre aussi considérable d'attaques successives. — Au moment ou nous étions occupés à rédiger ce mémoire, notre ami P. Marie, chef de clinique de la faculté, observait dans le service de M. Charcot, une hystérique bien connue, Hab..., qui, du 16 au 30 avril, n'a pas eu moins de 4,598 attaques. Quelque imposant que soit ce chiffre, il n'approche pas, on le voit, de celui relevé dans le cas de Rosa.

pour le blanc et les couleurs. Les autres sens ne présentaient aucune altération.

Cet examen de la sensibilité a été pratiqué à deux reprises, pendant l'état de mal hystérique, et un mois après la fin des crises; et dans les deux cas, les résultats ont été identiques.

TRAITEMENT. — Le bromure de potassium administré à la dose de 18, 20 et 22 grammes par jour, n'a déterminé aucune amélioration dans l'état de la malade. Nous avons constaté que ce médicament était bien réellement absorbé, car il a été trouvé à plusieurs reprises dans les urines.

La compression ovarienne a été inefficace comme le bromure. En effet, une ceinture compressive double ayant été appliquée de dix heures et demie à trois heures, on compta, durant ce temps, 340 attaques. Cependant nous devons dire que si la compression ovarienne a semblé n'avoir aucune influence sur le nombre des attaques, elle a paru diminuer l'intensité de ces dernières.

Deux faits se dégagent nettement, tout d'abord, de l'observation qui précède : c'est, d'une part, l'analogie remarquable, nous pourrions dire l'identité parfaite des accidents convulsifs, dans le cas en question, avec ceux qui caractérisent l'épilepsie jacksonnienne; c'est, d'autre part, la nature hystérique non douteuse de ces accidents.

En ce qui concerne le premier fait, les détails de l'observation sont aussi explicites que possible : début des convulsions toniques par le côté droit, rotation de la tête et des yeux à droite, l'imitation des secousses cloniques à ce même côté droit, voilà autant de particularités typiques qui font songer forcément à l'épilepsie corticale.

Quant au second fait, l'apparition, à un moment donné, de phénomènes nettement hystériques, des mouvements ondulatoires du ventre, des hallucinations à caractère spécial, de quelques autres manifestations sur lesquelles nous insisterons dans un instant; la

constatation d'une hémianesthésie positive et d'un rétrécissement du champ visuel très marqué, surtout à droite, démontrent surabondamment à la fois l'existence de l'hystérie chez la malade et la nature hystérique des accidents convulsifs.

Cette observation suffirait donc, à elle seule, à établir le bien fondé de notre première proposition, à savoir que l'hystérie emprunte, dans certains cas, le masque de l'épilepsie jacksonnienne. Cette notion trouvera, d'ailleurs, un surcroît de preuves dans les autres faits que nous rapportons plus loin.

Mais il est d'autres enseignements à tirer du cas de Rosa G..., sur lesquels nous devons insister dès maintenant. Après avoir lu dans tous ses détails la relation de ce cas, on pourrait être tenté de s'étonner que la détermination de la nature des accidents ait provoqué des hésitations, tant s'impose avec netteté le diagnostic hystérie. Si cependant l'on veut bien se reporter par la pensée aux premiers jours d'octobre, on comprendra que des discussions aient pu s'élever entre les divers observateurs qui furent appelés à examiner Rosa G.... Quelle était, en effet, la situation à ce moment? On se trouvait en face d'une malade chez laquelle on n'avait pas encore constaté les signes permanents de l'hystérie (anesthésie et autres), soit qu'on eût insuffisamment recherché ces signes, soit qu'ils n'existassent pas à l'époque où Rosa G... fut examinée; d'une malade dont les attaques étaient, quant à la physionomie des convulsions, des attaques à forme d'épilepsie partielle sans immixtion d'aucun phénomène nettement hystérique (ces phénomènes ne devaient apparaître que quelques jours plus tard). Une seule particularité,

capitale à la vérité, différenciait cette épilepsie partielle de celle qu'on voit se produire au cours des lésions du cerveau, l'absence de toute élévation de la température, en dépit du nombre déjà considérable des attaques. La question se posait dès lors de la façon suivante : ou bien il s'agissait d'une modalité anomale et jusque-là inconnue d'attaques d'hystérie, d'attaques à forme d'épilepsie partielle ; ou bien d'une épilepsie partielle sans élévation concomitante de la colonne thermométrique. Dans les deux cas, on se trouvait en présence d'un type clinique nouveau. L'avenir a donné raison à ceux qui inclinaient vers l'hystérie, et l'apparition ultérieure des divers phénomènes de la névrose a bientôt décidé les partisans de l'épilepsie (et nous étions du nombre) à renoncer à leur hypothèse.

La recherche de la température peut donc être considérée comme un moyen de diagnostic de premier ordre dans les cas embarrassants. Les travaux de MM. Charcot, Bouchard et Bourneville ont, depuis longtemps, bien établi ce fait que les attaques d'hystérie, quels que soient leur intensité et leur nombre, ne s'accompagnent jamais d'hyperthermie notable, qu'au contraire l'élévation de la colonne thermométrique au dessus du chiffre physiologique est la règle dans le mal comitial, pour peu que les accès se répètent. Comme exemple remarquable d'absence d'hyperthermie chez les hystériques, nous pouvons rappeler le cas bien connu de la femme Co..., que cite M. Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux [1].

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 375 et suiv. Paris, 1876. — Bourneville et Voulet. — *De la contracture hystérique permanente.*

« Chez Co..., dont les crises ont un cachet épileptiforme si prédominant et si fortement accentué, dit notre maître, l'état de mal a persisté *pendant plus de deux mois*, et par moments, les accidents ont été portés au plus haut degré d'intensité. Ainsi, le 22 janvier, les convulsions épileptiformes se sont succédées sans interruption depuis neuf heures du matin jusqu'à huit heures du soir. De huit à neuf heures, il y a eu un temps de repos, puis les attaques ont repris comme de plus belle sans le moindre retour à la lucidité, et ont persisté pendant le même espace de temps. On peut, sans exagération, évaluer d'une manière approximative le chiffre des attaques épileptiformes qu'elle a éprouvées à cette époque dans l'espace d'un jour à 150 ou 200 environ. Or, jamais, pendant cette longue période convulsive, la température ne s'est, chez Co..., sensiblement modifiée; elle a été, en moyenne, de 37°, 8 et ne s'est élevée jusqu'à 38°, 5 que d'une façon tout à fait exceptionnelle et transitoire. » Et, de ce fait, M. Charcot rapproche l'observation d'une épileptique Cheval... chez laquelle la température s'éleva jusqu'à 40°, 4, durant l'état de mal. — Cette différence radicale dans l'influence qu'ont sur la calorification les attaques d'hystérie et les accès de mal comitial est un fait aujourd'hui bien connu. Eh bien! la loi formulée par notre maître est de tous points applicable aux convulsions à forme d'épilepsie partielle, comme elle l'est aux convulsions à forme de grand accès comitial, si bien qu'on peut poser la règle suivante :

En présence d'accidents convulsifs partiels, lorsque ces accidents se manifestent sous forme d'attaques successives et souvent répétées, *si la colonne thermo-*



métrique s'élève notablement au-dessus de 37°,5, *l'on peut affirmer qu'on a affaire à de l'épilepsie jacksonnienne; si, au contraire, la température reste normale ou au voisinage de la normale, l'on a affaire à des manifestations de nature hystérique.* Si la vérité de cette proposition était jugée insuffisamment démontrée par l'observation de Rosa G..., elle trouverait le complément de preuves exigé dans les faits qui vont suivre.

Mais il est encore un autre signe diagnostique de premier ordre, qui permettra de reconnaître la fausse épilepsie jacksonnienne de la vraie; la valeur de ce signe apparaîtra évidente si l'on veut bien comparer l'observation I avec l'observation II, qui se rapporte, on va le voir, à un cas d'épilepsie partielle par lésion cérébrale. Ce signe négatif, c'est l'absence de paralysie des membres convulsés, quelqu'ait été le nombre des attaques successives de fausse épilepsie jacksonnienne. Rosa G... n'a jamais été atteinte de la moindre parésie des membres droits, même après avoir eu, dans une même journée, plus de 1,500 attaques; tandis que Foisn..., dont le cas est publié plus bas, présentait constamment de la paralysie des membres convulsés après quelques accès.

Enfin, si le hasard mettait le médecin en présence d'une malade atteinte d'un nombre considérable de crises convulsives comme Rosa G..., celui-ci trouverait un nouvel élément de diagnostic différentiel entre l'épilepsie et l'hystérie dans la considération de l'état général et dans le simple fait de la survie. L'épilepsie corticale amène assez vite un état de déchéance cérébrale profonde et même la mort, tandis que la vie,

chez les hystériques, est compatible, on l'a vu, avec un nombre véritablement étonnant d'attaques.

Voilà, en somme, trois éléments de diagnostic différentiel d'une importance capitale. Ce qui ajoute encore à la valeur de ces éléments, c'est qu'ils peuvent exister à l'exclusion de tous autres. Il est évident en effet, que si, par exemple, la compression ovarienne eût, chez Rosa G..., arrêté les crises, la question de la nature des convulsions eût été par cela même résolue, qu'il eût été peu utile, au point de vue diagnostique du moins, de constater l'absence d'élévation de la température, de paralysie, etc. Il n'en a point été ainsi chez Rosa G..., il n'en a point été ainsi non plus chez A..., dont nous allons rapporter l'observation.

De ces développements, nous pouvons conclure qu'à côté des cas dans lesquels le diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie peut être fait aisément à l'aide des éléments habituels de diagnostic (effets de la compression ovarienne, du bromure de potassium, etc.), il en est d'autres dans lesquels ces éléments font défaut. Il faut alors tenir compte de l'existence ou de l'absence de certains symptômes spéciaux; et dans les cas de la nature de ceux dont nous nous occupons, on fera fonds sur : 1° l'absence d'élévation de la température; 2° l'absence de paralysie; 3° la survie compatible avec un très grand nombre d'attaques.

Nous ne saurions d'ailleurs mettre mieux en relief à la fois les analogies qui rapprochent la fausse épilepsie partielle ou épilepsie partielle hystérique de l'épilepsie partielle vraie et les différences symptomatiques existant entre l'une et l'autre, qu'en plaçant en regard du

cas de Rosa G..., une observation d'épilepsie jacksonnienne typique[1]. Voici cette observation :

OBSERVATION II. — *Accès d'épilepsie partielle datant de l'enfance. — Mort à l'âge de vingt et un ans. Foyer d'encéphalite interstitielle circonscrite au niveau de la zone motrice.*

Foisn... (Célestine), âgée de vingt ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — La malade appartient à une famille de nerveux. Une de ses cousines germaines (du côté paternel) est épileptique, une autre est somnambule. Trois de ses frères sont morts en bas âge « de convulsions ». Foisn... a encore un frère et une sœur, qui sont très nerveux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS et HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers l'âge de cinq ans, la malade aurait été l'objet d'une tentative de viol. Peu de temps après, une attaque survint subitement, et sans avoir été annoncée par aucun phénomène prémonitoire. Le lendemain de cette attaque, Foisn... en eut cinquante nouvelles, qui se succédèrent à intervalles rapprochés. Pendant plusieurs mois, les accès continuèrent à se reproduire presque chaque jour, au nombre de six à vingt dans les vingt-quatre heures. — De l'âge de six à l'âge de dix ans, disparition complète des attaques, qui se manifestent ensuite de nouveau. A onze ans, la malade est admise à Sainte-Anne d'abord, puis bientôt à la Salpêtrière où elle reste deux années, pendant lesquelles elle a trois séries d'accès, séparées les unes des autres par un intervalle d'environ six mois : la première série dura trois semaines, les deux autres, quatre mois. Foisn... retourne alors dans sa famille et là de loin en loin, elle a des accès. Enfin, le 21 mars 1881, elle vient pour la deuxième fois à la Salpêtrière.

DESCRIPTION DES ACCIDENTS. — Elle a été observée et suivie avec attention depuis cette époque jusqu'au moment de sa mort (novembre 1882). Durant ces deux dernières années de sa vie, elle a été affectée d'un grand nombre d'accès épileptiformes. Ces accès, comme les précédents, se sont groupés en

[1] La malade qui fait le sujet de cette observation a été suivie pendant près de deux ans (1881 et 1882) dans le service de M. Charcot. M. Féré a mis obligeamment à notre disposition les notes qu'il avait recueillies sur elle en 1881.

séries. Nous indiquerons successivement les caractères de chaque accès pris isolément, la succession de ces accès dans une même série, l'enchaînement des séries.

a. Description des accès. — L'accès est d'habitude précédé d'une *aura* sensitive, consistant en une douleur très vive analogue à la sensation produite par une décharge électrique, et localisée tout d'abord au creux épigastrique. Puis la douleur gagne l'épaule gauche, et enfin s'irradie dans le membre supérieur du même côté jusqu'à l'extrémité des doigts. L'aura dure quelques secondes, et bientôt l'attaque débute. La pupille se dilate d'une façon très nette immédiatement avant le début de cette attaque qui est constituée en quelque sorte par trois phases successives : 1° le regard devient fixe, les pupilles se contractent. Le membre supérieur gauche se place dans l'extension ; le poing est fermé et se soulève un peu au-dessus du plan du lit. La main gauche est dans l'attitude suivante : les métacarpiens sont fléchis, les premières phalanges étendues, les seconde et troisième phalanges sont en flexion, le pouce est en abduction. Dans son ensemble, la main revêt l'apparence d'une griffe. — Le membre inférieur gauche est étendu et raide, le pied dans l'attitude du varus équin. — Les membres du côté droit se raidissent un peu eux aussi, mais après ceux du côté gauche, et à un degré bien moindre que ces derniers. La main droite est fermée et le pouce en flexion forcée ; — 2° après quelques secondes, commence la deuxième phase : la tête se porte vers la gauche, la bouche et les yeux se dévient du même côté. La face se cyanose un peu et se couvre de sueurs. Le bras gauche se soulève, et décrit un arc de cercle, en se portant de dedans en dehors. Ce mouvement de circumduction est précédé par la flexion brusque de l'avant-bras sur le bras ; l'avant-bras se met de nouveau dans l'extension quand la circumduction commence ; — 3° enfin arrive la troisième phase : les membres gauches sont animés de petites convulsions cloniques ; les paupières sont agitées de battements précipités, plus marqués à gauche. — Pendant les deux dernières phases, les pupilles sont dilatées.

Les accès, constitués comme il vient d'être dit, durent un temps variable ; il en est dont la durée va jusqu'à deux minutes. Dans la plupart d'entre eux, peut-être dans tous, la connaissance est conservée.

b. Variétés des accès. — Les attaques revêtent le plus souvent,

chez Foisn..., les caractères que nous venons d'indiquer. Toutefois, la malade présente parfois des accès incomplets. Nous avons, en effet, à différentes reprises vu les convulsions se limi-

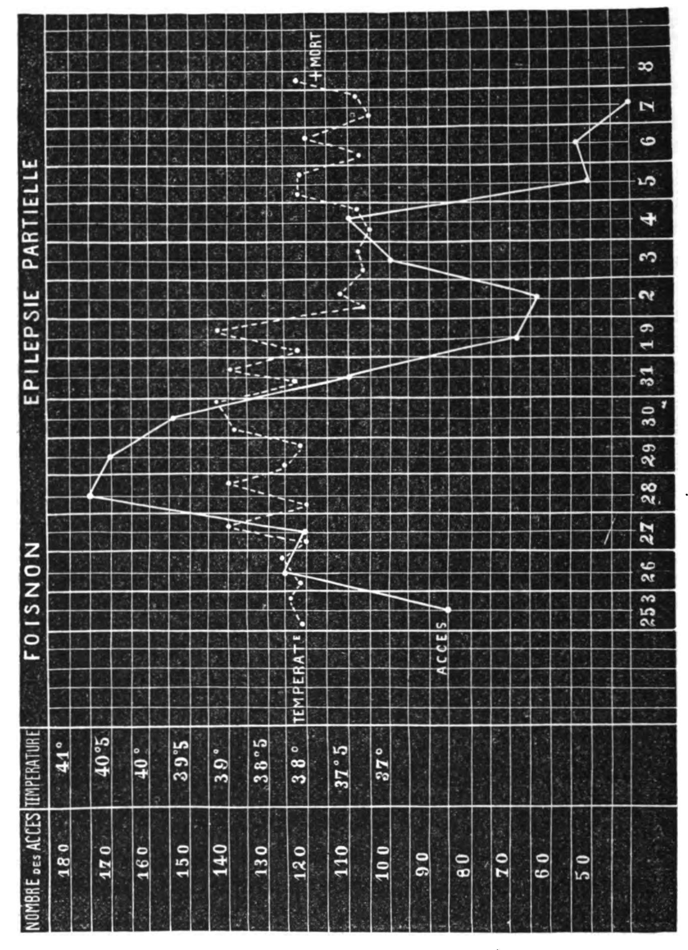


Fig. 4. — Courbes des attaques et de la température chez Foisn...

ter à la face. Une fois, notamment pendant deux heures, nous avons constaté du spasme des muscles de la moitié gauche du visage ; la commissure labiale de ce côté était fortement et fré-

quemment déviée en dehors. A peine existait-il, et seulement par intervalles quelques petites secousses au niveau des membres.

Foisn... a aussi de nombreux vertiges. En août 1881, on compte 47 vertiges, en mai, 124, en juin 38.

Enfin, aux phénomènes habituels de l'accès nous avons vu, dans les derniers temps de la vie, s'ajouter des *hallucinations*. Nous relevons, en effet, sur nos notes les particularités suivantes, qui se rapportent à la série d'attaques qui, en novembre 1882, a précédé la mort. Dans l'intervalle de ses accès, Foisn... est en proie à des hallucinations : elle regarde du côté de la fenêtre et dit voir des couleurs, du bleu et du rouge. Elle croit apercevoir, vêtue de blanc, une ancienne malade du service. Lorsqu'on ferme les yeux, l'hallucination persiste.

c. Succession et enchaînement des accès. — Les accès, chez Foisn..., étaient tantôt isolés, tantôt et plus ordinairement réunis en séries; ils se succédaient alors à intervalles courts ou nuls, chaque série comprenant un grand nombre d'attaques, comme on peut en juger par le tableau ci-dessous, qui indique à la fois l'époque d'apparition des séries d'accès et le nombre des accès constituant chaque série. (*Fig.* 4).

		1881	1882			1881	1882
Janvier. .	Accès. .	»	5	Juillet . .	Accès. .	10	0
	Vertiges.	»	487		Vertiges.	118	0
Février. .	Accès. .	»	0	Août. . .	Accès. .	23	0
	Vertiges.	»	66		Vertiges.	311	0
Mars . .	Accès. .	»	5	Septembre.	Accès. .	1	1
	Vertiges.	»	274		Vertiges.	25	0
Avril . .	Accès. .	322	2	Octobre. .	Accès. .	43	56
	Vertiges.	47	727		Vertiges.	666	1825
Mai. . .	Accès. .	424	2	Novembre.	Accès. .	2	
	Vertiges.	124	0		Vertiges.	638	
Juin. . .	Accès. .	1	0	Décembre.	Accès. .	56	
	Vertiges.	38	0		Vertiges.	675	

d. Phénomènes observés chez la malade dans l'intervalle des accès ou à la suite des séries d'accès. — Un premier fait important à relever et sur lequel nous aurons à insister plus loin est le suivant : La température s'est constamment élevée, chez Foisn..., dans chaque série d'accès, sinon tout à fait au début de la série, du moins après quelques accès; la colonne thermométrique oscillait alors entre 38°,5 et 39°,4, comme on pourra en juger en jetant les yeux sur la courbe ci-jointe.

Il est une autre particularité à relever. Les attaques ont eu constamment pour résultat, lorsqu'elles s'étaient produites en certain nombre, d'amener à leur suite : 1° une hyperexcitabilité très manifeste de la moelle; 2° la paralysie des muscles qui avaient pris part aux convulsions.

En ce qui concerne l'hyperexcitabilité spinale, nous relevons notamment ce qui suit dans les notes prises au jour le jour. En novembre 1882, après plusieurs accès, il se produit un moment d'accalmie. Nous explorons alors les réflexes tendineux, et nous constatons qu'ils sont manifestement exagérés des deux côtés au niveau du coude et du poignet. A droite et à gauche, on provoque, en relevant la pointe du pied, de l'épilepsie spinale. Toutefois, les réflexes semblent plus forts à gauche qu'à droite, particulièrement le réflexe patellaire; la percussion du tendon rotulien droit détermine une contraction musculaire nette, mais modérée ; celle du tendon gauche s'accompagne au contraire d'une très forte secousse de la jambe. — Cet état d'hyperexcitabilité spinale, que nous avons pu noter à plusieurs reprises, allait en s'atténuant, pour disparaître tout à fait, une fois la série d'accès terminée.

Lorsque la malade avait eu plusieurs accès de suite, constamment apparaissait une parésie transitoire des muscles convulsés. Voici la relation de ces paralysies telle qu'elle figure dans nos notes relatives à l'une des séries d'attaques : la malade vient d'avoir plusieurs accès. Nous constatons qu'il existe une paralysie du côté gauche. Le bras, qui tout à l'heure était animé de mouvements convulsifs, est pendant le long du corps. La malade ne peut le mouvoir. Elle est aussi incapable de remuer le membre inférieur gauche. Il existe une paralysie faciale très nette ; l'ouverture palpébrale gauche est notablement plus grande que la droite, la bouche est tirée vers la droite et en haut, le sillon naso génien gauche est effacé. Nous constatons que cette paralysie de la face est tout à fait transitoire; elle se maintient moins longtemps que celle des membres. Il suffit d'un intervalle de trente à quarante minutes entre les accès pour qu'elle disparaisse. La paralysie du bras et de la jambe persiste au contraire assez longtemps après la cessation des attaques ; elle va en s'atténuant durant deux ou trois jours, puis les choses reviennent à l'état normal. — La sensibilité reste parfaitement intacte dans les parties paralysées.

e. Phénomènes observés dans l'intervalle des séries d'accès. — Dans l'intervalle de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois qui séparait les séries d'accès, l'état de la malade ne présentait aucun phénomène à signaler. L'intelligence était intacte, même assez vive : pas de modification du caractère. — Motilité normale. Tout au plus un peu de faiblesse du côté gauche, mais très légère ; pas de trouble de la sensibilité, ni générale, ni spéciale. Il faut noter que la pupille droite est d'habitude un peu plus dilatée que la gauche, surtout à l'époque des attaques. A l'examen ophthalmoscopique pratiqué par M. Landolt, les veines rétiniennes ont paru plus dilatées qu'à l'état normal.

La malade succombe en novembre 1882, à la suite d'une longue série d'accès.

L'AUTOPSIE a révélé des lésions intéressantes du cerveau dont on trouvera la description détaillée dans l'un des précédents numéros des *Archives* [1]. Nous donnons ici simplement pour mémoire la description résumée de ces lésions.

a) *Examen macroscopique* (d'après une note remise par M. Féré). L'hémisphère droit est plus volumineux que le gauche ; la tuméfaction de cet hémisphère est surtout appréciable au niveau du lobe frontal, mais elle s'étend aussi aux régions sphénoïdale et occipitale. L'hémisphère droit semble pénétrer l'hémisphère gauche. Sur cet hémisphère droit on constate, après avoir enlevé la pie-mère et pratiqué une coupe verticale, entre la première et la deuxième circonvolution frontale, un épaississement de la substance grise avoisinant les centres moteurs, sans les intéresser. Cet épaississement n'est pas accompagné de modifications de consistance, mais à son voisinage la substance blanche est un peu ramollie. — *b*) L'examen histologique pratiqué par M. Danillo a montré qu'il s'agissait là d'un foyer d'encéphalite parenchymateuse, avec altérations interstitielles consécutives.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue ; mais nous ne saurions, sans sortir du sujet qui nous occupe spécialement dans ce mémoire, nous arrêter à faire ressortir toutes les particularités du

[1] Danillo. — *Archives de Neurologie*, 1885, t. VI, p. 217.
Voir aussi *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1882.

cas dignes de fixer l'attention. Ce qu'il importe ici de mettre en relief, c'est d'une part, la ressemblance symptomatique remarquable qui existait entre les accès de Foisn... et ceux de Rosa G... ; ce sont, d'autre part, les différences, qui, en dehors de tout contrôle nécroscopique, ont rendu possible du vivant des malades, le diagnostic des affections dont ces dernières étaient atteintes.

Les ressemblances! il a suffi, pour en être frappé, de lire les observations. Nous voyons, en effet, que, dans l'un comme dans l'autre cas, les convulsions débutent par l'un des côtés du corps (le droit dans le premier cas, le gauche dans le second), qu'elles s'y limitent dans une certaine mesure, que la tête et les yeux se tournent du côté convulsé, que la connaissance est conservée au moins dans la plupart des accès; qu'en somme, chez Rosa G... comme chez Foisn..., le tableau symptomatique est celui décrit naguère par Bravais, et dont les traits, dans ces derniers temps, ont été plus nettement accentués par H. Jackson, Bourneville et Wuillamié, etc.

L'apparition d'hallucinations, dans les deux cas, ajoute encore à cette ressemblance symptomatique.

Mais, à côté de ces analogies frappantes, nous constatons des différences positives. Chez Foisn.., il suffit de quelques attaques pour que la température du corps s'élève à 39°, chez Rosa G..., la colonne thermométrique ne dépasse jamais 38°, quel que soit le nombre des crises ; chez Rosa G..., pas de paralysies des membres convulsés, même quand la malade a eu plus de 1,000 crises dans sa journée ; chez Foisn..., au contraire, après quelques attaques, apparaît une paralysie très manifeste de la face et des membres gauches ; tandis enfin que Rosa G... survit après la formidable série

de 21,708 attaques, Foisn... succombe à la suite d'un nombre d'accès incomparablement moindre.

Nous avons jusqu'ici insisté au point de vue du diagnostic différentiel entre l'épilepsie partielle par lésion cérébrale et l'épilepsie partielle hystérique sur les trois éléments les plus frappants. Il en est quelques autres à signaler. Trois particularités ont, à un moment donné, attiré l'attention dans le cas de Rosa G... : 1° l'ouverture de la bouche et la propulsion de la langue au dehors pendant les attaques; 2° les battements des paupières; 3° les mouvements ondulatoires de la paroi abdominale. Ces symptômes paraissent propres aux attaques d'hystérie, ils sont tout au moins beaucoup plus communs dans ces dernières que dans les accès épileptiques. Aussi dans les cas embarrassants, acquerront-ils une valeur diagnostique réelle, dont on aura à tenir compte.

(A suivre.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DU SIÈGE ET DE LA DIRECTION DES IRRADIATIONS CAPSULAIRES CHARGÉES DE TRANSMETTRE LA PAROLE[1];

Par le Dr BITOT, professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

3° *Aphasie coïncidant avec l'intégrité de la troisième frontale gauche (écorce et faisceau) et de l'insula.*

Les faits de cette catégorie sont de beaucoup les

[1] Voir le n° 22, p. 1.

plus nombreux. Ils sont en opposition avec la doctrine de Broca, et s'harmonisent au contraire avec celle que nous soutenons. Nous rapportons, comme exemples, deux observations : l'une de Dussaussay, l'autre de Littré.

OBSERVATION VI (Dussaussay).

Couturière, cinquante-sept ans. — Apoplexie; hémiplégie droite complète; mouvements réflexes nuls, déviation conjuguée des yeux et du cou à gauche; déglutition difficile ; incontinence de l'urine et des matières fécales ; aphasie complète. — Entrée le 10 décembre 1875. — La malade meurt le 9 janvier 1876.

Autopsie. — Cerveau: hémisphère gauche, foyer hémorrhagique dans le centre ovale limité en dedans par la substance grise du lobule paracentral, en haut et en dehors par l'écorce des circonvolutions ascendantes frontale et pariétale; en bas, il est séparé du corps strié par un lit de substance blanche de 1 centimètre d'épaisseur; en avant, il ne s'étend pas au delà de la scissure frontale parallèle; en arrière, il s'arrête au niveau du bord postérieur de la circonvolution pariétale ascendante.

OBSERVATION VII (Littré. (XXV). Thèse de M. Pitres.)

Femme Beauvalet, cinquante-six ans. Pendant une occupation domestique chancelle et perd la parole; paralysie du bras droit, et plus tard du membre inférieur du même côté. — Entrée le 25 août 1828, elle meurt le 16 septembre.

Autopsie. — Dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, au-dessus du ventricule, ramollissement blanc, large comme une pièce de trente sous.

Les deux observations qui précédent, comme toutes celles du même genre, ont ceci de particulier, que l'aphasie a existé en dehors de toute lésion, non seulement de l'écorce de la troisième frontale gauche, mais encore

de son faisceau médullaire sous-jacent. Dans la doctrine de Broca, il paraît bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'expliquer cette circonstance exceptionnelle; rien de plus simple, au contraire, dans celle que nous proposons. En précisant le siège de la lésion, nous trouvons qu'il occupe une plus grande étendue d'avant en arrière dans le fait de Dussaussay que dans celui de Littré; par contre, il descend davantage dans ce dernier que dans le premier.

Dans le fait de Dussaussay, la troisième zone est dépassée en arrière, puisque le foyer hémorrhagique est en partie sous-jacent à la pariétale ascendante. A ce niveau, le foyer est en regard de la portion sensitive de la capsule interne, d'où l'insensibilité constatée; d'autre part, la lésion interceptant un plus grand nombre de faisceaux capsulaires moteurs, l'hémiplégie est complète. En bas, le foyer hémorrhagique est distant de dix millimètres du bord externe du ventricule latéral, par conséquent de cinq millimètres seulement des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires, rapport de nature à produire la perte de la parole.

Dans son observation, Littré, privé des connaissances topographiques qui aujourd'hui nous rendent tant de services, se contente de dire : « Le ramollissement de la substance blanche dans l'hémisphère gauche, large comme une pièce de trente sous, était au-dessus du ventricule. Comme le diamètre de cette pièce de monnaie est de trente millimètres, et que, sur le point dont il s'agit, le centre ovale ne mesure pas davantage en hauteur, ce ramollissement descendait donc dix millimètres plus bas que le foyer hémorrhagique de Dussaussay, c'est-à-dire, qu'il empiétait sur les irradia-

tions capsulaires frontales extra-nucléaires, d'où la perte *totale* de la parole.

D'ailleurs, l'hémiplégie étant incomplète, et la sensibilité intacte, il est évident, pour les cliniciens d'aujourd'hui, que la partie inférieure de la frontale ascendante était en dehors de la lésion.

Cependant, la raison d'être de l'aphasie pourrait exister seulement dans l'altération granuleuse de ces mêmes faisceaux, ainsi que M. Pitres l'a constaté, avons-nous dit, bien qu'à l'œil nu rien ne fit prévoir une semblable lésion (Obs. V). Nous n'avons pas trouvé un seul fait d'aphasie qui, inconciliable avec la théorie de Broca, ne pût s'adapter à la nôtre. Il en existe même quelques-uns qui, acceptés par tous les partisans de la première de ces théories, tournent à son désavantage, si on veut bien les soumettre à un contrôle sévère. J'en donne pour exemples une observation de M. Déjerine et les observations XXXIX et XL de la thèse de M. Pitres[1].

Observation VIII (Déjerine).

Aphasie; hémiplégie droite; au bout de neuf mois, disparition de l'aphasie, persistance de l'hémiplégie. — Mort au bout de trois ans.

Intégrité de la troisième frontale, lésion du faisceau pédiculo-frontal inférieur, du noyau lenticulaire et de la partie antérieure de la capsule interne.

Pour M. Déjerine, cette observation est une nouvelle preuve en faveur de la localisation de l'aphasie dans la troisième circonvolution frontale gauche.

[1] *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1879, t. IV, p. 16.

Certes, au point de vue où M. Déjerine se plaçait avec les partisans de Broca, à savoir : l'existence d'irradiations capsulaires aboutissant à l'écorce de la troisième frontale gauche, il est évident que les agents intermédiaires entre cette écorce, considérée comme centre, et la périphérie, étant sectionnés en totalité, l'aphasie devait fatalement se produire. Mais, particularité capitale, à laquelle cependant l'auteur ne s'arrête pas, comment peut-il se faire que l'altération lenticulaire, coïncidant avec celle des fibres rayonnantes, et cela largement, puisque le foyer destructeur avait un centimètre de largeur, comment peut-il se faire, dis-je, que des deux manifestations, *aphasie* et *hémiplégie*, survenues soudainement et presque simultanément, l'aphasie disparaisse radicalement, et que de son côté, l'hémiplégie persiste non moins radicalement?

Pour légitimer ce contraste, il faudrait admettre, dans les fibres voisines les unes des autres et soumises au même désordre, la possibilité de la régénération complète dans celles-ci et l'incurabilité complète dans celles-là. Nous nous croyons en droit d'affirmer que, dans l'état actuel de la science, la chose n'est pas admissible. Nous savons bien que les fibres nerveuses périphériques, séparées de leur centre trophique, peuvent se régénérer, se reproduire et reprendre leurs usages momentanément perdus; mais, aucun fait clinique, aucun résultat histologique ne démontre qu'il en soit ainsi dans les fibres cérébrales.

Ce fait est pour nous une des preuves les plus irréfutables de la non existence des fibres radiées dans la troisième frontale, et de son centre psycho-moteur.

Au contraire, toute répugnance, dans les manifestations qu'il présente, disparaît devant notre théorie. En effet, dans l'observation de M. Déjerine, la lésion n'embrasse ni le noyau caudé, ni les irradiations capsulaires extra-nucléaires chargées de transmettre la parole; elle est située en dehors et au-dessous de l'arcade qu'elles décrivent, elles ne les atteint donc qu'indirectement, par voisinage immédiat; ces irradiations sont comprimées, non détruites, voilà pourquoi la faculté de parler revient au complet, et, par contre, pourquoi également les fibres destinées à porter le mouvement dans les membres étant détruites, la paralysie reste permanente.

Les réflexions qui précèdent s'appliquent absolument à l'observation XXXIX de la thèse de M. Pitres, dans laquelle une nommée Borda tombe frappée d'hémiplégie et d'aphasie. Pendant que la paralysie persiste, la parole revient peu à peu.

Dans l'observation XL du même travail recueillie, comme la précédente, dans le service de M. Charcot et communiquée à la Société anatomique (27 avril 1877) par M. Oulmont, l'aphasie, complète dès le principe, persiste avec les mêmes caractères jusqu'au dernier jour; et pourtant Elisa Mougin, sujet de cette observation, frappée le 16 septembre 1874, ne succombe que le 16 avril 1877. A quoi tient cette différence considérable dans ces deux faits? A ce que, suivant nous, dans le fait de M. Oulmont, les irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires étaient détruites. En effet, l'autopsie porte « sur la moitié antérieure de la paroi externe du ventricule latéral, l'épendyme est flétri, ridé, présente une coloration jaune brunâtre, et

un foyer ocreux a séparé la partie autérieure du corps strié des circonvolutions de l'insula ».

Donc, pour être exact, il ne suffit pas de dire, par exemple, qu'une lésion d'un point quelconque du faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche donne lieu à l'aphasie; mais bien que seule la lésion du sommet de ce faisceau ou tronc produit l'aphasie permanente; tandis que la lésion du reste de ce tronc n'amène que l'aphasie transitoire.

L'examen attentif des cent vingt-sept observations d'hémorrhagie cérébrale colligées par Gintrac nous conduit au même résultat. Le lobe moyen gauche en a été cinquante-deux fois le siège et dans ces cinquante-deux circonstances, la dysphasie ou l'aphasie transitoire a été notée dix-huit à vingt fois et l'aphasie permanente quinze fois. Dans ces sortes d'altérations on peut donc dire que l'aphasie est la règle.

Or, on remarquera que, dans notre théorie, il ne pouvait en être différemment, puisque, d'une part, notre troisième zone mésolobaire est comprise dans le bloc désigné vulgairement sous le nom de lobe moyen, et que, d'autre part, dans chacun des cas dont il s'agit, la destruction a confiné plus ou moins immédiatement au bord externe du ventricule latéral. Dans ce district, comme dans les deux premiers, l'aphasie a été permanente toutes les fois que ce bord a été réellement envahi.

Notre dire trouve encore un appui dans les manifestations caractéristiques des hémorrhagies du corps strié et de la couche optique.

Dans les hémorrhagies de la couche optique, l'aphasie est exceptionnelle; dans celles du corps strié,

au contraire, on la trouve presque toujours. La raison de ce contraste ne doit pas être cherchée ailleurs que dans ce fait anatomique, à savoir : que le corps strié fait partie des trois premières zones mésolobaires, tandis que la couche optique leur est étrangère. — L'aphasie n'existera donc pas quand la destruction du corps strié n'occupera que sa partie postérieure ou externe; elle pourra se présenter, au contraire, dans la destruction de l'extrémité antérieure de la couche optique, parce que, dans ce dernier cas, elle avoisine bien plus la partie antérieure du bord externe du ventricule latéral que dans le premier.

Pour terminer ce qui, dans l'histoire de l'aphasie, concerne l'hémisphère gauche, il nous reste à parler des cas dans lesquels

4° *La perte de la parole coïncide avec une lésion de l'insula et l'intégrité de la troisième frontale.*

L'aphasie par lésion insulaire n'est pas commune. M. Clozel de Boyer (thèse citée) en compte une trentaine de cas, dont les vingt premiers appartiennent à Meynert, qui les avait recueillis de 1866 à 1868. Dans tous ces cas, la lésion consistait dans un *ramollissement paraissant limité à l'insula*. Les autres observations sont de MM. Charcot (I), Cornillon (IV), Sabourin (I), Seguin (II), Lépine (I), Clozel de Boyer (I).

Dans ces trente observations, l'écorce de la troisième frontale a été reconnue parfaitement intègre. Les circonvolutions insulaires devenaient ainsi, au point de vue psycho-moteur, une annexe de la troisième frontale.

Ce centre subissait, pour ainsi dire, une espèce de décentralisation.

C'était un échec ou au moins un amoindrissement pour la thèse de Broca. De ces observations, nous ne connaissons que ce que dit Clozel de Boyer, une simple mention ou un résumé très succinct.

En tenant compte des quelques circonstances relatées par lui, il ressort pour nous ces caractères :

1° Que souvent les lésions insulaires s'accompagnent d'un *trouble* du langage plutôt que d'une véritable aphasie. Tels les quatre faits de Cornillon ;

2° Que parfois l'aphasie est réelle, mais intermittente et guérissable ;

3° Que dans un nombre de cas, relativement considérable, la paralysie accompagne l'aphasie.

En d'autres termes, troubles aphasiques seulement, d'une part ; aphasie véritable avec paralysie, d'autre part ; tels sont les symptômes qui caractérisent l'aphasie insulaire.

Avec la doctrine de Broca, ces caractères sont très difficilement explicables ; il nous semble qu'avec celle que nous cherchons à faire accepter, les questions que ces caractères provoquent peuvent recevoir une réponse satisfaisante. Par exemple, pourquoi dans les lésions insulaires observe-t-on souvent un *trouble* du langage plutôt qu'une aphasie proprement dite? N'est-ce pas parce que, au niveau de l'extrémité antérieure de l'insula, l'écorce cérébrale est beaucoup plus voisine que partout ailleurs des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole ?

Que l'on veuille bien se rappeler les distances qui, dans la première zone mésolobaire, séparent les irra-

diations, d'abord, de la convexité de la troisième frontale (27 millimètres), ensuite, du fond de la deuxième anfractuosité frontale (12 millimètres), enfin, *de la scissure de Sylvius* (5 millimètres).

Ces différences de rapports ne constituent-elles pas la raison mathématique, pour ainsi dire, de la nuance ou variété que présente ici l'aphasie? Où donc l'écorce cérébrale est-elle aussi bien placée qu'à la partie antérieure de l'insula pour troubler par ses lésions les usages de la substance médullaire confinée à la partie antérieure du bord externe du ventricule latéral? Dans ce district, l'écorce occupe un véritable lieu d'élection pour produire, quand elle est lésée, des phénomènes de voisinage. Une lésion localisée, soit au fond de la partie supérieure et antérieure de la scissure de Sylvius, soit dans l'intimité de la partie antérieure de l'insula, restera latente, ou ne s'accompagnera que de l'un de ces phénomènes.

Mais supposons que la lésion, au lieu de siéger dans le premier district, corresponde au deuxième district, le résultat sera différent ou plutôt nul, parce que les faisceaux conducteurs de la parole en seront distants de 12 à 15 millimètres au lieu de 5. Quand nous disons que le résultat sera nul, nous n'avons en vue, bien entendu, que l'aphasie, car, dans ce cas comme dans le premier, la paralysie du membre supérieur surtout se manifestera à cause du voisinage (5 millimètres) des faisceaux qui forment le coude supérieur de la capsule interne (section verticale).

Ceci trouvera sa confirmation dans ce qui nous reste à exposer.

B. — Hémisphère droit.

Dans ce que nous avons dit jusqu'à présent, la troisième frontale gauche a seule été en jeu. Nous savons qu'à la suite de Broca, les localisateurs considèrent cette circonvolution comme privilégiée.

Elle appartient à la zone motrice. La circonvolution correspondante du côté droit serait privée d'activité, elle dépendrait de la zone latente. « En dépit du bon sens et de la physiologie, a dit Trousseau, dans un organe aussi parfaitement symétrique que le cerveau, un côté servirait à une fonction, à l'exclusion de l'autre côté. »

Un nombre respectable de faits a déjà donné un démenti à ce que cette opinion avait de trop absolu.

Il ne suffit pas de le faire remarquer; il n'est pas sans intérêt de démontrer que le bon sens et la physiologie n'ont pas tort, que le côté droit ne diffère pas, au fond, du côté gauche. Pour que cette démonstration fût rigoureuse, il faudrait posséder des faits de telle nature, qu'ils pussent être mis en parallèle adéquat avec ceux qui nous ont servi pour l'hémisphère gauche, c'est-à-dire avec les faits de Gintrac, de MM. Dieulafoy, Boinet, etc.; or, cette identité dans les faits nous semble actuellement à peu près acquise; et d'ailleurs, leur nombre et leur qualité sont suffisants pour qu'il soit permis de faire une tentative sérieuse dans ce sens.

Pour l'hémisphère droit comme pour le gauche, nous possédons la preuve matérielle des usages des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires. Quant aux

preuves indirectes, elles sont en nombre plus que suffisant pour faire face à celles qui concernent l'hémisphère gauche. Les observations de Rochoux, de Hughlings-Jackson, de Russell et de Peter peuvent être mises en regard de celles de Gintrac, de Dieulafoy, de Boinet et de Broca.

Les hémorrhagies de l'hémisphère droit, du corps strié, et de la couche optique du même côté ne produisent pas moins l'aphasie que celles des mêmes parties du côté gauche. Enfin, trois faits de lésions localisées dans l'insula droit, publiés tout récemment par MM. Raymond et Brodeur (*Revue de Médecine*, 10 juillet 1882), et un fait de Bouchard (de Paris) nous permettront de compléter le tableau.

1° *Lésions situées sur le bord externe du ventricule latéral.*

Observation IX (Rochoux). — *Aphasie sans paralysie.*

Homme, soixante-six ans, forte constitution. — *En juin* 1809, perte de connaissance et *perte de la parole*. En février 1810, idées justes, *mais parole très difficile*. Force égale des membres des deux côtés. 19 avril, affaiblissement brusque et perte de la vue ; pupilles contractées, immobiles ; céphalalgie à droite. 14 mai, la vue se rétablit. *Février* 1811, affaiblissement physique et moral, perte de l'ouïe, *de la parole*. — Mort le 22 mars. — Plus de deux onces de sérosité à la base du crâne. Une once dans chaque ventricule latéral, un peu moins dans les troisième et quatrième. *A la partie antérieure et externe du corps strié droit, dépression allongée, correspondant à une cavité de cinq à six lignes d'étendue, traversée par des filaments vasculeux et contenant une sérosité brune.* Tout le lobe postérieur gauche est réduit en une pulpe jaunâtre, avec de petits foyers purulents. L'altération est surtout dans la substance corticale ; la substance médullaire offre des espèces de cloi-

sons. Le ramollissement s'étend jusqu'au voisinage du ventricule [1].

Cette remarquable et exceptionnelle observation contient deux lésions pathologiques, auxquelles correspondent deux manifestations distinctes. D'abord, à la partie antérieure et externe du corps strié, une dépression allongée correspondant à une cavité de cinq à six lignes d'étendue, ou 12 millimètres environ, traversée par des filaments vasculeux et contenant une sérosité brune, *cause de la perte de la parole;* ensuite, un ramollissement du lobe postérieur, cause de la perte de la vue et de l'ouïe.

Pour le moment, je n'ai à faire ressortir que l'intérêt qui se rattache à la première de ces lésions. A ma connaissance, c'est un fait unique dans son genre, possédant toute la valeur d'un fait expérimental le plus net, le plus précis, le plus positif. En effet, il signifie : destruction des irradiations capsulaires frontales extranucléaires, assez étendue pour atteindre toutes, ou presque toutes ces irradiations, et n'atteindre qu'elles; située assez en avant pour n'exercer aucun retentissement sur les irradiations motrices; supérieure en cela à l'observation, d'ailleurs si remarquable, de Gintrac, compliquée de phénomènes paralytiques. Théoriquement, en se fondant sur notre description des irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires et sur les rameaux que leur fournit l'artère cérébrale antérieure, on aurait pu avancer que la rupture de quelqu'un de ces rameaux suffirait pour amener l'aphasie en détruisant les véhicules de la parole, au moment où ils se

[1] Rochoux. — *Recherches sur l'apoplexie*, 1re édition, p. 111; 2e édition, p. 180.



courbent pour se porter vers la base; aujourd'hui, grâce au fait de Rochoux, on peut affirmer la chose cliniquement, en ajoutant que les artères nourricières de la parole ont une double origine, indépendante l'une de l'autre, l'une appartenant à la cérébrale moyenne, l'autre à la cérébrale antérieure.

2° *Lésions situées loin du bord externe du ventricule latéral.*

Au fait de Dieulafoy (p. 13) nous n'hésitons pas à opposer le suivant, bien qu'il n'ait pas été accompagné par l'aphasie; nous justifierons dans quelques instants cette façon de le comprendre.

OBSERVATION X. — *Attaques épileptiformes. Tubercule dans la troisième circonvolution frontale droite* (Hughlings Jackson). (Observation XXIX de M. Pitres.)

Le tubercule était arrondi, du volume d'une noisette, facilement énucléable, siégeant sous la substance grise dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite.

Dans les faits de Dieulafoy et de Hughlings-Jackson, le siège de la lésion est le même. Dans l'un comme dans l'autre, elle se trouve dans la substance médullaire sous-corticale de la troisième frontale. Mais dans celui de Dieulafoy, la lésion s'est produite subitement (hémorrhagie), d'où ébranlement, de nature congestive ou par trouble de voisinage sur les faisceaux capsulaires extra-nucléaires, et aphasie éphémère.

Dans le fait de Hughlings-Jackson, la lésion s'est faite lentement, en écartant les faisceaux les uns des

autres, puisque le tubercule était *énucléable*. L'intégrité fonctionnelle des faisceaux capsulaires extra-nucléaires n'a donc pas lieu de surprendre.

Les partisans de la couronne rayonnante se servent de ce dernier fait pour démontrer les qualités latentes de la troisième frontale droite. Ils disent : Dans ce fait de Hughlings-Jackson, le tubercule interceptant les moyens de communication entre l'écorce cérébrale et le centre, l'aphasie aurait dû se produire, si la troisième frontale droite renfermait le siège du langage articulé, comme celle du côté gauche. Donç, le privilège du langage appartient bien à cette dernière et n'appartient qu'à elle. D'autre part, le fait de Dieulafoy corrobore pour eux cette manière de voir. Car dans ce fait il y a eu aphasie. On n'avait pas fait attention qu'ici le trouble de la parole n'avait été qu'*éphémère*.

Nul doute qu'une hémorrhagie survenant sous l'écorce de la troisième frontale droite, dans les conditions où s'est faite celle décrite dans l'observation de Dieulafoy, n'amène des effets identiques à ceux que cette dernière a produits.

En attendant la publication d'un fait semblable, j'estime que notre dire peut s'étayer sur les suivants, dans lesquels la compression ou la congestion, peut-être l'une et l'autre, ont causé l'aphasie.

Observation XI.

Cancer de deux pouces de long dans la substance médullaire du lobe frontal droit n'atteignant pas le ventricule. Comprimant les circonvolutions voisines ; épilepsie unilatérale ; articulation des mots, imparfaite d'abord, impossible ensuite. — (Russell, *Medical Times and Gazette*, 1874, t. I, p. 530, Obs. VI, Pitres.)

OBSERVATION XII (Peter, clinique de Trousseau.)

Femme de quarante ans. — Paralysie de tout le côté gauche du corps ; aphasie.

Ramollissement blanc de la troisième circonvolution frontale droite, de la largeur d'une pièce de cinq francs et s'étendant en profondeur jusqu'au corps strié.

Dans ce fait relatif à la circonvolution frontale droite, M. Peter est tombé dans la même inadvertance que Broca avait commise concernant la troisième frontale gauche. L'un et l'autre manquant de la donnée anatomique que nous avons précisée, et par conséquent, tenant la substance blanche comme homogène, ne devaient pas faire entrer ses lésions en ligne de compte pour l'explication des troubles cérébraux, et rapporter tous ces derniers à l'altération de la substance grise corticale. Raisonnant, comme l'avait fait Broca, M. Peter était en droit d'accorder l'activité à l'écorce de la troisième frontale droite. Or, nous l'avons déjà dit, la vérité n'est pas là. Dans le fait de M. Peter comme dans celui de Broca, la lésion seule des irradiations capsulaires extra-nucléaires a entraîné la perte du langage ; l'altération de l'écorce et de la substance blanche sous-corticale n'a été qu'une simple coïncidence.

Nous le démontrerons par des preuves indirectes. Pour l'hémisphère gauche, nous avons prouvé cliniquement l'influence des hémorrhagies du lobe moyen et du corps strié sur la parole et nous en avons donné les raisons. Il est évident qu'il doit en être de même pour l'hémisphère droit si, comme le bon sens l'indique, il jouit des mêmes propriétés que son jumeau.

Pour en décider, je me contente de faire appel aux faits contenus dans l'ouvrage de Gintrac.

Nous avons dit que, sur cent vingt-sept observations d'hémorrhagies cérébrales, le lobe moyen gauche en avait été cinquante-deux fois le siège et que, dans ces cinquante-deux circonstances, l'aphasie avait existé dix-sept fois.

Or, dans ce même nombre d'observations, l'hémorrhagie a atteint soixante-deux fois le lobe moyen droit, et l'aphasie permanente l'a accompagné dix fois. — Le lobe moyen droit serait donc plus sujet que le gauche à l'hémorrhagie, et l'aphasie absolue coïnciderait moins souvent avec celle-ci dans le droit que dans le gauche, tout en s'y manifestant toutefois dans des proportions notables. Le plus ou moins de fréquence du fait ne saurait porter atteinte à la nature des choses. La fréquence peut ne dépendre que de raisons purement secondaires. Ce qu'il nous importe de constater, c'est que, à droite comme à gauche, l'hémorrhagie ne donne lieu à l'aphasie que tout autant qu'elle se rapproche suffisamment de la partie antérieure du bord externe du ventricule latéral, et que la permanence de cette manifestation nécessite toujours l'interruption de ce district.

3° *Lésions ne portant que sur l'insula.*

Si, procédant pour l'hémisphère droit, comme nous l'avons fait pour l'hémisphère gauche, après avoir examiné les observations relatives à la troisième frontale et au lobe moyen, nous analysons attentivement celles qui concernent l'insula du même côté, nous

voyons qu'elles viennent, à leur tour, fournir un appui à notre manière de voir.

Ces sortes d'observations sont très rares. J'allais terminer ce mémoire, sans parler de l'insula droit, faute de matériaux, quand MM. Raymond et Brodeur m'ont fourni l'heureuse occasion de n'être pas muet à cet endroit. Ces confrères distingués viennent de publier trois faits des plus intéressants, dans la *Revue de Médecine*, 10 juillet 1882, sous ce titre : *Lésions localisées à l'insula.*

En voici le résumé [1] :

Observation (II). — Foyer hémorrhagique gros *comme une noisette* dans l'épaisseur du lobule de l'insula droit ; entre l'avant-mur et la substance grise de l'insula droit il reste encore une épaisseur de 1 millimètre ; avant-mur entier, un peu rejeté en dedans, il est séparé du foyer par une légère couche de substance blanche ; hémiplégie gauche ; membre supérieur complètement paralysé, l'inférieur exécute encore quelques mouvements volontaires ; face, rien ; *parole facile;* sensibilité générale obtuse.

Observation (I). — Foyer hémorrhagique *gros comme une petite noix* dans l'insula droit repoussant l'avant-mur détruit dans sa plus grande épaisseur ; *athérome artériel.*

Hémiplégie gauche ; membre supérieur beaucoup plus paralysé que l'inférieur. Traits déviés à droite ; commissure labiale, droite tirée en haut ;*parole difficile;* sensibilité générale obtuse.

Observation (III). — Ramollissement complet des circonvolutions de l'insula droit, ne dépasse pas l'avant-mur ; athérome artériel. Trois attaques d'hémiplégie gauche ; paralysie complète du membre supérieur, incomplète du membre inférieur ; déviation des traits à droite ; *parole difficile;* hoquet ; sensibilité générale obtuse.

[1] Dans le but de faire mieux saisir l'importance de l'étendue de la lésion par rapport aux troubles aphasiques, j'ai interverti l'ordre des deux premières observations.

Ces observations sont doublement précieuses pour nous, parce qu'elles présentent des lésions absolument localisées à l'insula droit, et que, recueillies par des savants très compétents, elles offrent toute garantie d'exactitude. Elles sont intéressantes à bien des titres; mais, pour le moment, nous ne cueillerons en elles que les particularités afférentes au point que nous traitons. La parole est difficile dans les deux derniers cas, et facile dans le premier. Pourquoi? Simplement, ce nous semble, parce que la lésion était moins étendue dans ce cas que dans les deux autres. — Foyer hémorrhagique *gros comme une noisette*, dans le premier cas; *gros comme une petite noix*, dans le deuxième cas; *ramollissement complet des circonvolutions* dans le troisième cas. Isolée, la première observation aurait été défavorable à *l'activité* du district insulo-frontal droit; groupée avec les deux autres, elle concourt avec elles, par la petitesse relative de sa lésion, à démontrer la propriété active qu'on refusait à ce district et à l'existence de cette propriété dans les irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires. Nul doute que si, dans chacun de ces cas, la lésion eût été plus profonde, ce simple trouble de la parole n'eût fait place à une perte totale de cette faculté. Témoin le fait suivant de M. Bouchard :

Observation XIII (Bouchard).

Femme, soixante et onze ans. — Faiblesse d'un côté du corps, néanmoins marche possible, étourdissements. 22 octobre, perte de connaissance, chute. Le lendemain, intellect un peu rétabli, mais *parole nulle;* yeux tournés vers l'épaule droite, pouvant néanmoins revenir à gauche; mouvements de la tête faciles, mouvement et sensibilité conservés aux membres droits;

membre supérieur gauche paralysé, mais encore sensible ; des mouvements réflexes et spontanés y sont facilement produits. Membre inférieur gauche un peu roide dans l'adduction ; les mouvements y sont très bornés, mais le pincement des pieds en provoque d'assez intenses ; vomissements bilieux, *paralysie faciale très marquée*, épigastre douloureux ; intellect conservé, *pas de parole.* — Mort le 1er novembre. — *Sous les circonvolutions de l'insula droit et en dehors du noyau extra-ventriculaire du corps strié,* se trouve une collection sanguine assez considérable, fluctuante, laissant échapper une certaine quantité de sérosité sanguinolente et renfermant un caillot du poids de dix grammes. Au voisinage du foyer, on rencontre un certain nombre de petits anévrysmes ; les uns anciens dont le contenu est transformé en hématoïdine, les autres, remplis de sang, rutilants.

Il n'est donc pas douteux, pour nous, que la troisième circonvolution frontale droite ne possède les mêmes usages que celle du côté gauche, usages dont elles sont redevables, l'une et l'autre, non aux cellules de leur écorce, mais bien aux irradiations capsulaires frontales extra-nucléaires.

Comme corollaire général de tout ce qui vient d'être exposé, nous nous croyons autorisé à affirmer que l'écorce de la troisième frontale, quelle qu'elle soit, ne renferme pas le centre de la parole, ce qui revient à dire que ce revêtement celluleux peut disparaître, sans nuire à l'accomplissement de cette faculté. Pour en avoir la preuve directe, irréfutable, il suffirait de deux observations précises. A savoir : la conservation de la parole avec *la destruction* de l'écorce dans chaque troisième frontale. Or, la science ne possède qu'un fait de ce genre, il appartient à M. le professeur Parrot, et concerne la troisième frontale droite. (Atrophie complète du lobule de l'insula et de la troisième circonvo-

lution du lobe frontal droit avec conservation de l'intelligence et de la faculté du langage articulé. (*Gazette hebdomadaire*, 31 juillet 1863.)

Il existe un autre fait d'atrophie relative à la troisième frontale gauche, publié par M. le professeur Charcot en 1874, et connu depuis cette époque par tous les neurologistes, mais ce fait est contradictoire du premier, c'est-à-dire qu'il coïncide avec la perte du langage articulé et, par conséquent, vient à l'appui de la doctrine de Broca. Est-il possible de donner une explication satisfaisante de cette opposition si formelle?

Nous le croyons, et cette explication découle naturellement de la substance même de notre mémoire. On sait, en effet, que le sang nutricier des irradiations capsulaires conductrices de la parole est indépendant de celui de l'écorce et de toute la portion latente de la substance médullaire correspondante.

Il est donc probable que les vaisseaux de la parole ne fonctionnaient pas dans le cas de M. Charcot, tandis qu'ils étaient sains dans celui de M. Parrot.

En effet, que l'on veuille bien remarquer que, dans le fait de M. Charcot (*Progrès médical*, 1874, n[os] 21 et 25, Bourneville), il s'agit d'un athérome généralisé, d'obturations multiples, avec les circonstances suivantes rendues particulièrement saillantes par tout ce que nous avons dit jusqu'à présent.

Hémisphère gauche: atrophie de la troisième circonvolution frontale, oblitération de la branche sylvienne y aboutissant. — *Hémisphère droit*: ramollissement de 2 centimètres de diamètre à la surface et d'un centimètre d'épaisseur, occupant la face interne de la première circonvolution frontale. Oblitération de la cérébrale antérieure par un caillot long de 15 millim.

Aphasie. Paralysie à gauche.

Au moment où l'observation de M. Charcot a été prise par M. Bourneville, il était naturel de rapporter l'aphasie à l'atrophie de la troisième frontale gauche, sans se préoccuper de la paralysie.

Aujourd'hui, après le travail de M. Duret sur la circulation cérébrale; après notre travail sur l'état de la couronne rayonnante dans le lobe frontal, il nous paraît bien difficile de ne pas tenir le plus grand compte de la paralysie à gauche et de ne pas la rapporter à l'athérome de la cérébrale antérieure chargée d'artérialiser la tête du noyau caudé et la partie de la substance médullaire adjacente au bord externe du ventricule latéral. On notera, d'ailleurs, que les rejetons de la cérébrale moyenne, artères lenticulo-striées, dont la distribution est démontrée actuellement si intéressante, ne fixait pas l'attention en 1874. Pour ces motifs, nous demandons si l'observation de M. Charcot ne doit pas être mise à l'avoir de notre opinion. Ainsi, tous les faits d'aphasie concernant les lobes cérébraux, antérieur et moyen, concourraient à la confirmer.

Resterait à expliquer la perte de la parole observée quelquefois à l'occasion de certaines destructions dont les lobes postérieurs sont le siège.

Il est inutile d'insister sur ce point. Il suffira de faire observer qu'ici, toutes les fois que le malade survit assez longtemps à la destruction, on voit l'aphasie disparaître. L'exagération de la poussée sanguine dans l'artère cérébrale moyenne survenant forcément au moment où la destruction s'opère en arrière de l'encéphale, rend naturellement compte du phénomène aphasique.

Je conclus qu'on n'est plus autorisé à affirmer que les troisièmes fron'ales président à la parole. Déjà,

depuis 1879, M. Magnan[1] n'accordait plus l'élément psychique au centre de Broca et M. Charcot[2] se range à cet avis. L'idéation (Magnan), ou la faculté du langage (Charcot) s'étale sur toute l'étendue de l'écorce cérébrale. De notre côté, nous nous croyons en droit de contester au centre de Broca son élément moteur, et en admettant que ce dernier élément ait un centre cortical, ce qui est très probable, nous faisons remarquer que ce centre doit se trouver dans l'endroit vers lequel se dirigent les faisceaux vecteurs de la parole, c'est-à-dire à la partie moyenne des circonvolutions orbitaires, dans une étendue de 5 millimètres carrés, à peu près, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane.

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉLIRE CHRONIQUE;

Par le Dr Louis BOUCHER.

Si les nombreuses affections qui atteignent les différents organes de l'économie soulèvent à chaque instant des interprétations multiples au point de vue pathogénique; combien le champ des hypothèses ne doit-il pas s'élargir, lorsqu'on se trouve en présence de détériorations intellectuelles dont l'essence même semble échapper à tous nos moyens d'investiga-

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1879.

[2] *Des différentes formes de l'aphasie.* (*Progrès médical*, juin 1883.)

tion. Ceci rend compte des divergences de vues observées chez tous les auteurs qui, primitivement, ont traité la question de l'aliénation mentale. En lisant les classifications établies par chaque époque, on se demande presque si l'on ne voyait pas autant de folies que de malades, et il en est résulté que la plupart des médecins se sont détournés de ces études et en ont abandonné le soin aux spécialistes. Parmi ces derniers, les uns s'attachant uniquement aux symptômes qu'ils décrivaient comme formes déterminées, ont continué à multiplier les dénominations plus ou moins bizarres, et à créer une infinité de monomanies, tandis que les autres, poussant plus loin leurs recherches, ont rattaché à un état morbide plus profond ce qu'ils ont considéré comme les *syndromes épisodiques* d'une même maladie, comme les aspects différents d'un processus qui évolue. C'est ce qui explique comment M. Magnan, notre maître, a pu, dans trois groupes principaux : le délire chronique, les héréditaires et les intermittents, faire rentrer toutes les vésanies. Avant de rapporter les quelques observations prises à sa clinique, nous avons cru devoir retracer les points saillants du délire chronique nettement caractérisé par quatre stades : inquiétudes, persécution, ambition, démence ; un malade toutefois pouvant s'arrêter à l'une quelconque des trois premières phases et s'y fixer définitivement, s'y *cristalliser*, avec des chances de guérison d'autant moins grandes qu'il se sera davantage rapproché de la dernière, de la démence. C'est ainsi qu'à la période d'inquiétude, la maladie est curable, qu'elle l'est moins à la période de persécution, moins encore à la période ambitieuse, et que la démence, synonyme de dissociation absolue des idées, et terme ultime de la déchéance intellectuelle, n'est point susceptible de la moindre amélioration.

L'*étiologie* du délire chronique est tout entière dans l'hérédité, et, pour cela même, souvent impossible à reconnaître, la famille, les parents dissimulant de leur mieux la tare qui pèse sur eux, et craignant, pour des intérêts divers, de donner certains renseignements relatifs aux ascendants du malade qui se rapportent dans tous les cas à des anomalies intellectuelles, à des troubles dus à l'alcoolisme ou à des empoisonnements chroniques, à des dégénérescences, à des névroses[1].

[1] Gérente. — *Délire chronique*, thèse 1883, résumé p. 11.

Aussi, ne saurait-on trop soigneusement rechercher du côté du père, de la mère, des grands parents paternels et maternels, des oncles, tantes, cousins, le moindre indice qui puisse vous mettre sur la voie. Bien souvent on côtoie dans le monde des hypochondriaques qui, sous la dénomination vulgaire « d'originaux », de « maniaques », dissimulent mal la véritable aliénation mentale. Qu'une douleur profonde, qu'une perturbation violente surviennent chez ces prédisposés mal équilibrés, et les premiers *symptômes* du délire chronique apparaîtront, le choc moral les impressionnera tellement vivement qu'il surgira du même coup un ensemble de troubles somatiques, fatigue générale, angoisse épigastrique, lenteur des digestions, constipation, pesanteur de tête, troubles vaso-moteurs et un éréthisme particulier qui rendent désagréable le bruit, la lumière, une odeur un peu forte, ainsi que toutes les impressions sensitives, de quelque nature qu'elles soient[1].

Alors, absorbés par leur état, ils se concentrent en eux-mêmes, amplifient leurs sensations, par exgération du sens émotif, et presque constamment ils rattachent l'origine de ce qu'ils éprouvent à des préoccupations générales d'une époque. Au moyen âge, les sorciers, la magie, les sortilèges, les idées religieuses de damnation ; de nos jours, le magnétisme, l'électricité, toutes les inventions modernes ; à certaines périodes de notre histoire, sous le dernier Empire par exemple, la police, les mouchards ; pendant la guerre, les espions, puis les différents partis politiques, ont tour à tour servi de base aux conceptions morbides autour desquelles ils pivotent.

En plus de ce que l'on est convenu d'appeler l'hypochondrie vulgaire, il s'est ajouté chez ces prédisposés certains troubles spéciaux qui feront reconnaître la maladie ; il y a des pertes de mémoire, des lacunes intellectuelles qui n'échappent point à un observateur judicieux ; les expressions dont se sert le malade varient de moins en moins, son cercle d'idées se rétrécit; il élabore de plus en plus les mêmes conceptions et, progressivement, *la deuxième période est franchie.*

Les idées de persécution surviennent et, avec eux, l'indifférence, la perte du sentiment et l'aggravation des troubles intellectuels ; de sorte que les malades en proie à une interprétation déli-

[1] Magnan. — *Leçon clinique. (Journal de médecine et de chirurgie,* octobre 1883.)

rante, se créent un vocabulaire d'appellations bizarres, accouplant les expressions les plus disparates auxquelles ils attribuent dans leur esprit certaines significations. Ils ont quelques mots stéréotypés qui viennent à chaque instant s'interposer au milieu de phrases le plus souvent bien construites au point de vue grammatical. Le délire est alors définitivement systématisé. Ils le conserveront avec les mêmes caractères un temps très variable, un an, deux ans, dix ans; ils se fixeront même dans cette phase; mais, le plus souvent, l'idée de persécution les amènera à en chercher les causes; il poursuivront certains raisonnements, ce qui, à un moment donné, les poussera à se croire détenteurs d'un trésor, ministres, prophètes, inspirés de Dieu. Les idées ambitieuses arriveront par bouffées d'abord, mêlées à des idées tristes ou de persécution; puis elles feront explosion et, le mal s'accentuant de plus en plus, toute idée de persécution disparaîtra pour être remplacée par « *la béatitude parfaite*[1] ». A ce moment, la mémoire des mots sera déjà fort atteinte, tout raisonnement impossible, la lecture difficile, le moindre calcul impraticable, les malades étant incapables de se replier sur eux-mêmes en dehors de leur idée délirante. Enfin la démence complète arrive avec la dissociation intellectuelle et les troubles profonds du côté des viscères et de la nutrition générale, relâchement des sphincters, gâtisme, atonie intestinale, congestions pulmonaires, etc., termes ultimes de la scène pathologique.

En résumé, le malade a parcouru les quatre cycles d'inquiétude, de persécution, d'ambition et de démence.

Les *complications* du délire chronique sont constituées par différents états, tels que l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, etc., qui peuvent venir s'y ajouter et le rendre plus difficile à reconnaître. Nous citons plus bas une observation empruntée à l'excellente thèse de M. Respaut et dans laquelle le délire chronique se montre simultanément avec l'épilepsie.

Le *pronostic* à la période d'inquiétude est le moins grave, certaines règles hygiéniques appropriées permettant jusqu'à un certain point d'entraver la marche de la maladie; mais à la période de persécution et surtout d'ambition, la terminaison est presque constamment fatale.

Diagnostic. — Difficile à la période d'inquiétude, il est aisé

[1] Gérente. — Thèse.

à la période de persécution, que l'on pourrait seulement confondre avec la mélancolie simple : mais le mélancolique a un délire diffus généralisé, une dépression profonde prédomine dans l'ensemble de son état, tandis que le délirant chronique a tendance, dans son délire, à grouper les faits, à les systématiser, à circonscrire ses idées dans un cercle restreint, sans présenter de dépression ; en revanche, les mots stéréotypés, caractéristiques, aideront encore à reconnaître la maladie.

La période expansive ne sera pas confondue avec la paralysie générale ; l'état de la pupille, l'absence de tremblement, le délire ambitieux inconscient, l'affaiblissement intellectuel de l'encéphalite interstitielle diffuse constituent des symptômes trop saillants pour qu'une erreur soit possible.

Les observations qui suivent permettront de se rendre plus facilement compte des principaux caractères que nous n'avons fait que signaler.

OBSERVATION I. — Mlle Bour..., âgée de trente et un ans, modiste, entre à l'admission de Sainte-Anne, le 15 février 1884, avec le certificat suivant, de M. MAGNAN : « *Délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution* ».

On la traite de « catin d'hommes », on lui fait voir des « catins de mères », on la fait « siffler par tous les mécaniciens ». Ils lui tiennent son caractère. On lui a saisi l'« itinéraire de santé ». On lui enlève sa pensée, « on doit la relever proprement chez vous ». Le « bain est désuni » chez elle.

J'abrège les expressions du même genre qu'elle ressasse continuellement.

Voici les renseignements fournis par la famille : le grand-père paternel, très vif, disposé à la congestion, se faisait continuellement saigner; la grand'mère paternelle est morte de fluxion de poitrine à Paris. *Il est impossible* d'avoir plus de détails, et ceux-là sont insuffisants pour établir l'hérédité.

Et, néanmoins, dès l'âge le plus tendre (7 mois), les convulsions se manifestent chez cette malade, trahissant la disposition névropathique dont nous ne pouvons, d'après les renseignements fournis, retrouver l'origine. Plus tard, elle était facilement excitable, d'un caractère inégal, et c'est seulement, il y a un an et demi, au mois d'octobre 1882, qu'elle fut prise de céphalalgies persistantes avec un peu de fièvre. Depuis, elle commence à être inquiète, elle reste longtemps absorbée, pleure sans motif, puis se met à se laver les mains à chaque instant; pendant cette opération, elle s'interrompait, parlait bas. En février 1883, à l'occa-

sion d'un déménagement, les idées de persécution apparaissent. « Vous voyez bien qu'on nous en veut, dit-elle, puisque les gens de la police font déménager mon père. » Elle entend des voix, on fouille sa pensée.

Elle reste en ce moment à la période de la persécution, après avoir parcouru très rapidement l'étape de la phase d'inquiétude. Comme troubles généraux, elle éprouve des lourdeurs de tête qu'elle attribue à ses persécuteurs, de la constipation et un état d'excitation qui la porte à l'isolement pour se mieux pénétrer encore de ses idées dans lesquelles elle s'absorbe tout entière. Elle répond par les mêmes phrases stéréotypées aux questions qui lui sont posées, et, d'après les quelques citations ci-dessus, on juge assez qu'elles ne sont en rapport avec aucun sens précis. Si on lui demande la signification de ces accouplements singuliers, de ces mots dépourvus de signification, elle ne répond pas. Cependant il est possible que dans leur esprit ces malades associent une idée particulière à ces expressions, ainsi que le prouverait l'observation suivante :

Observation II. — Clotilde D..., âgée de cinquante-six ans, entre pour la troisième fois à l'admission de Sainte-Anne, en février 1884, ayant depuis 1874 séjourné dans différents asiles de province : elle est atteinte de *délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et idées de persécution.*

Ses persécuteurs lui bouchent le rectum, en lui introduisant un objet volumineux, et lui travaillent ce conduit par l'électricité ; ils lui ordonnent d'aller à la garde-robe à chaque instant, et elle éprouve des douleurs analogues à celle de l'accouchement; aussi, pour se défendre d'eux, elle avait imaginé de s'asseoir dans une marmite en terre, dont le fond reposait dans un poêlon, et malgré toutes ces précautions, elle souffrait encore. Elle appelle ceux qui la poursuivent : les « homicidaires de la préfecture ». A Bruxelles, où elle perd de l'argent, par suite des mauvaises affaires de son mari, ce sont eux qui l'ont volée. On « constellait à la porte » l'argent qu'elle avait versé. En lui demandant de définir ce qu'elle entend par constellation, elle répond : « C'est de l'argent qu'on laisse et qu'on ne redonne pas », attachant dans son esprit un sens précis à cette expression dépourvue de signification.

On voit aussi par les détails précédents que cette femme a associé à sa persécution l'électricité, la police, et qu'elle leur fait jouer un rôle considérable dans ce qu'elle ressent, en même temps qu'on constate une altération profonde de l'intelligence et une perversion de la sensibilité indiquant une atteinte générale du système nerveux.

Il semble inutile de multiplier les observations de délire chronique à la période de persécution, elles sont plus ou moins toutes les mêmes, quand il ne vient pas se greffer sur le délire chronique un autre état morbide. Voici maintenant un cas se rattachant à la troisième phase de la maladie.

Observation III. — La nommée Mil... (Françoise), âgée de quarante-cinq ans, entre pour la seconde fois à la clinique de l'admission, avec le certificat suivant : « *Délire chronique mystique, volubilité et excitation, hallucinations de la vue. Révélations divines. Dissociation commençante dans les idées. Ecrits incohérents* ».

Elle est venue à pied une première fois des environs de Marseille, et, dès son arrivée à Paris, est allée à l'église de la Mission, où elle est restée prosternée pendant cinq heures. Le Christ lui est apparu, il lui a dit qu'il était accablé de tous les péchés de l'univers, et elle a récité un *pater* et un *ave* à chacune de ses plaies. Elle veut se présenter à la France, à toute la justice, à la Chambre des députés, mais on l'empêche de parler ; elle n'a pas peur des Parisiens.

Les idées de grandeur et de sa mission l'emportent sur les idées de persécution qui ont signalé le début de son affection. D'un caractère difficile, cette malade s'est séparée d'avec son mari après quelques années de mariage, et est entrée dans les asiles en 1877, poursuivie par des ennemis imaginaires et des hallucinations. Elle n'est point encore parvenue à l'incohérence dans ses paroles, mais la transition rapide entre les idées qu'elle évoque semble être l'indice de lacunes intellectuelles qui marquent déjà à l'état latent la dissociation.

Il nous semble inutile de rapporter une observation de démence complète après les trois stades d'inquiétude, de persécution et d'ambition, on y retrouverait les caractères communs à tous les cas déjà cités. Toutefois, à de certains moments, réapparaissent comme des bouffées d'idées ambitieuses et de persécution.

Tels sont les cas simples du délire chronique ; ils peuvent se compliquer d'autres états et en particulier de l'épilepsie. Voici le résumé de l'observation XXIV de l'excellente thèse de M. Respaut[1]. Il s'agit d'un homme épileptique, âge de trente-six ans, ayant eu des convulsions dans son enfance, d'un caractère très irritable. Dans sa jeunesse, il n'a commencé à

[1] *Du délire épileptique ou plutôt de l'influence de l'ictus épileptique sur l'état cérébral normal et pathologique* (1883).

avoir les attaques du mal comitial qu'à partir de dix-huit ans, tombant brusquement sans connaissance. Vers l'âge de vingt-deux ans, il devint plus sombre, taciturne, ses attaques le préoccupaient. Bientôt il raconta qu'il voyait bien qu'on lui en voulait. Il y avait des gens en face et au-dessus de chez lui qui l'empêchaient de travailler ; il entendait des personnes qui se moquaient de lui, qui l'injuriaient. Plus tard, l'évolution du délire chronique continuant, V... se demandait si ce n'était pas de l'ouvrage donné par *les Israëlites*. A la suite de plusieurs attaques d'épilepsie, il devenait furieux, se livrait à des violences, dont il ne lui restait nul souvenir.

A partir de trente ans, un nouvel ordre de sentiments naît et se développe chez lui. « Il y a *un parti qui soutient l'autre*, répète-t-il parfois, je sens de grandes idées qui me viennent ; mes parents ne sont pas de vrais parents. » Les hallucinations qui se rattachent au délire chronique se montrent aussi plus ou moins vives et pressantes sous le coup et à la suite de l'ictus épileptique ; mais elles restent dès ce moment inconscientes. A trente ans, V... est arrivé à la période expansive de son délire chronique. Il entend la voix de Dieu, il veut travailler pour tout le monde : « *L'univers sera libre, moi étant libre !* » V... a d'ailleurs parfaitement conscience de ses sentiments : « Oui, s'écrie-t-il, *j'ai vu le bon Dieu*, et je vais faire le *bonheur de bien du monde*, le *bonheur de l'univers entier* ». Surviennent une attaque, un vertige, V... reprend ses mêmes idées, mais d'une manière inconsciente.

Ainsi que le fait remarquer M. Respaut, on ne saurait établir d'une façon plus nette que le délire épileptique n'a pas d'existence spéciale. Aux différentes phases d'inquiétude, persécution, ambition, l'épilepsie imprime sa caractéristique, son cachet spécial d'inconscience ; mais à cela seulement se borne son action. Sans l'épilepsie, ce délirant suivrait ses périodes de systématisation lente sans dévier du type normal ; avec elle, il a toujours son délire avec sa marche habituelle et l'automatisme en plus.

Ce que produit l'épilepsie n'appartient guère qu'à elle, car l'alcoolisme qui peut également compliquer le délire chronique se présente avec des caractères différents, les hallucinations spéciales, le tremblement modifiant l'ensemble de la maladie, qui reste la même. On peut en dire autant de l'hystérie.

En résumé, le délire chronique, quel qu'il soit, ou que

d'autres états pathologiques se greffent sur lui, a une évolution uniforme, caractéristique. Depuis les recherches de M. Magnan, il a été nettement dégagé des autres formes de la vésanie, et, en simplifiant le problème clinique, il a réalisé un progrès considérable dans l'étude de l'aliénation mentale.

REVUE CRITIQUE

LA SYNONYMIE DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES DE L'HOMME ;

Par P. KÉRAVAL.
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

Quiconque fait des recherches dans la bibliographie médicale de la France et de l'étranger ne tarde pas à s'apercevoir que, malgré la clarté des Leçons de M. le professeur Charcot sur l'anatomie des circonvolutions cérébrales[1], malgré la netteté des indications d'Ecker, dans son mémoire[2], les auteurs de tous pays ont, en bien des cas, confondu plusieurs circonvolutions, sinon en fait, au moins par leurs noms, de sorte que souvent les symptômes qu'ils croient, par exemple, devoir attribuer au lobule pariétal supérieur, se rapportent, d'après les termes employés, à la pariétale ascendante. On conçoit qu'alors les déductions qui semblent parfois constituer une exception à la loi des localisations, se trouvent dénuées de fondement. La cause en est à la multiplicité des dénominations ayant cours. Il serait évidemment superflu de prétendre, sur ce point, renouveler la tentative de réforme d'ailleurs malheureuse de Chaussier, à l'égard de l'anatomie descriptive en général; mais il peut être utile de grouper dans un seul mémoire les diverses

[1] *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau* (Paris, 1878).
[2] *Die Hirnwindungen des Menschen*, Brunswick, 1883.

expressions qui désignent telle ou telle scissure, telle ou telle circonvolution, et d'y joindre les remarques indispensables pour mettre en relief les confusions graves, nées de pareilles variétés verbales. Néanmoins, la brièveté dans les aperçus nous paraît seule de mise ici. Les schémas de Richer[1] forment d'ailleurs le meilleur plan sur lequel on suive les rapprochements terminologiques qui vont être consignés. Car il ne nous appartient pas de reproduire des descriptions connues de tous; nous signalerons simplement les particularités capables de servir de guides au lecteur, ou de lui expliquer certaines expressions peu communes.

I. Face externe et inférieure de la convexité du cerveau. — Nous n'avons pas à revenir sur les divisions de Burdach en lobe antérieur, lobe supérieur, lobe inférieur, que personne ne songe à tirer de l'oubli. Celles d'Arnold, empruntées aux rapports topographiques, entre les os du crâne et les circonvolutions incluses dans la cavité crânienne sont, on le sait, aujourd'hui les seules adoptées. Elles ont leur raison d'être intrinsèque dans la direction et l'intrication des trois scissures suivantes :

1° La *scissure de Sylvius* (Broca, Charcot);

Synonymie : *Grande scissure interlobaire*, de Chaussier; *Fissura lateralis* (Henle); *Fissura sive fossa Sylvii* (Ecker); *Fissura of Sylvius* (Turner. Ferrier).

L'accord entre les termes est assez complet. L'expression de fosse sylvienne, qui pourrait paraître impropre, correspond à l'état embryogénique de la scissure. Pendant la vie fœtale, en effet, il est une période où elle forme une véritable fosse. Et, du reste, même sur un cerveau parfait, le début de cette scissure à la base, c'est-à-dire à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs des hémisphères en cette région, est représenté, non plus par une fente, mais par une dépression assez large. C'est cet endroit que Broca avait désigné sous le nom de *vallée de Sylvius*, *vallecula Sylvii*, alors que d'autres anatomistes se contentaient de l'expression de *Tronc de la scissure de Sylvius* (Bischoff).

Sans vouloir en suivre pas à pas le trajet, nous rappellerons

[1] *Feuilles d'autopsie de la Salpêtrière*, 2e édit., 1881.

qu'elle devient plus étroite, à mesure qu'elle s'éloigne de son origine, et qu'au niveau de la convexité, elle se coude en deux rameaux. L'un, antérieur, petit, monte vers le lobe frontal (*rameau antérieur ascendant*); l'autre, postérieur, bien plus long, gagne la partie moyenne du lobe pariétal (*rameau postérieur, horizontal, grande branche*). Ces deux rameaux forment un Y, ouvert en arrière et en haut, entre les bras duquel est l'opercule. Schwalbe [1] en distingue un troisième, très petit, qui constitue, en réalité, la continuation du long rameau postérieur dans le lobe frontal; figuré partout, ce rameau n'est nulle part l'objet de l'attention; Schwalbe l'appelle : *rameau antérieur horizontal.*

2° La *scissure de Rolando* (Leuret):

Synonymie : *Scissura di Rolando* (Giacomini); *Sulcus centralis* (Ecker, Huschke); *Centralfurche* (Huschke, Ecker); *Fissura transversa anterior* (Pansch); *Posteroparietal sulcus* (Huxley).

Nous insisterons sur les deux dernières dénominations enregistrées, qui pourraient induire en erreur très facilemeut un esprit non prévenu. Tout le monde connaît le sillon de Rolando, tout le monde sait que les auteurs allemands le considèrent comme marquant le centre de la convexité projetée sur une surface, mais on n'y saurait retrouver la source de l'expression transverse antérieure (celle de transverse et verticale en eût mieux stéréotypé les allures), encore moins celle de postéro-pariétale, puisque le sillon réside en avant du lobe pariétal.

3° *Scissure perpendiculaire externe* (Gratiolet).

Synonymie : *Pars superior sive lateralis fissuræ parieto-occipitalis* (Ecker); *Occipitoparietal fissure* (Huxley); *Fissure pariéto-occipitale externe* (Turner); *Sillon occipital transverse* de Broca; *Fissura perpendicularis occipitalis externa* (Bischoff); *External perpendicular fissure* (Marshall); *Fissura occipitalis perpendicularis* (Henle); *Fente simienne*: *Affenspalte* (Schwalbe.)

Ces noms s'appliquent en somme à l'extrémité supérieure et latérale de la scissure pariéto-occipitale qui, complète à la face médiane de l'hémisphère, sous le nom de scissure perpendiculaire interne (Gratiolet), est en haut et en dehors réduite à une simple encoche. — Aussi Ecker a-t-il raison de désigner le tout

[1] *Lehrbuch der Neurologie*, Erlangen, 1881.

sous le titre générique de pariéto-occipital, et d'appliquer à la portion médiane, comme à la portion latérale, les dénominations respectives de Gratiolet. La scissure perpendiculaire externe, rudimentaire chez l'homme, descend, chez le singe, jusqu'auprès du lobe temporal, séparant ainsi nettement, à la convexité, le lobe occipital des lobes pariétal et temporal. Il n'en est pas ainsi chez l'homme. Pour obtenir cette division, il faut, par la pensée, prolonger la scissure perpendiculaire externe, de façon à ce qu'elle vienne rejoindre l'extrémité postéro supérieure du premier sillon temporal, pour couper plus bas la limite postérieure du deuxième sillon temporal.

Telles sont les trois scissures qui limitent les quatre lobes frontal, pariétal, occipital, temporal. Etudions-en la face convexe, latérale et inférieure, au point de vue de la synonymie.

A. *Lobe frontal.* — M. Pozzi[1] fait à bon droit remarquer que, dans le mémoire de Gratiolet (Plis cérébraux, etc.), le lobe frontal ne comprend que les trois circonvolutions disposées parallèlement en étage les unes au-dessus des autres, tandis que le même auteur, dans le deuxième volume de l'anatomie comparée du système nerveux, commencée par Leuret, désigne sous ce nom les trois frontales que nous venons de signaler, plus la frontale ascendante.

C'est aussi Gratiolet qui a, dans le lobe frontal, distingué une partie inférieure, un peu concave, méritant, à raison de sa contiguité avec les voûtes orbitaires, le titre de LOBULE ORBITAIRE. On l'a encore appelée PORTION ORBITAIRE, ÉTAGE INFÉRIEUR des circonvolutions frontales (Broca, Schwalbe). On y trouve deux scissures :

La *scissure olfactive*, ou (*Fig.* 5), premier sillon orbitaire de Broca, sorte de gouttière rectiligne, parallèle à la fente interhémisphérique, qui loge le nerf olfactif et son renflement.

La *scissure orbitaire* ou *sulcus orbitalis* (Ecker); *sillon cruciforme* (solco crociforme) de Rolando; *sillon irradiate, trirudiate sulcus* (Turner); *sillon en H*, *incisure en H*, de Broca.

Weissbach a appliqué aux deux longues branches antéro-postérieures de ce sillon les épithètes de *sulcus longitudinalis medius*, *sulcus longitudinalis externus*, et à la courte raie qui les réunit tranversalement celle de *sulcus transversus*.

Il est entendu que les sillons de la face orbitaire ne vont pas

[1] Article *Circonvolutions*, du *Dictionnaire Encyclopédique*.

rejoindre ceux de la face convexe latérale, mais très souvent, dans la partie de substance nerveuse intermédiaire, existe un sillon transversal auquel aboutit fréquemment la scissure frontale supérieure. C'est le *sillon fronto-marginal*, de Wernicke.

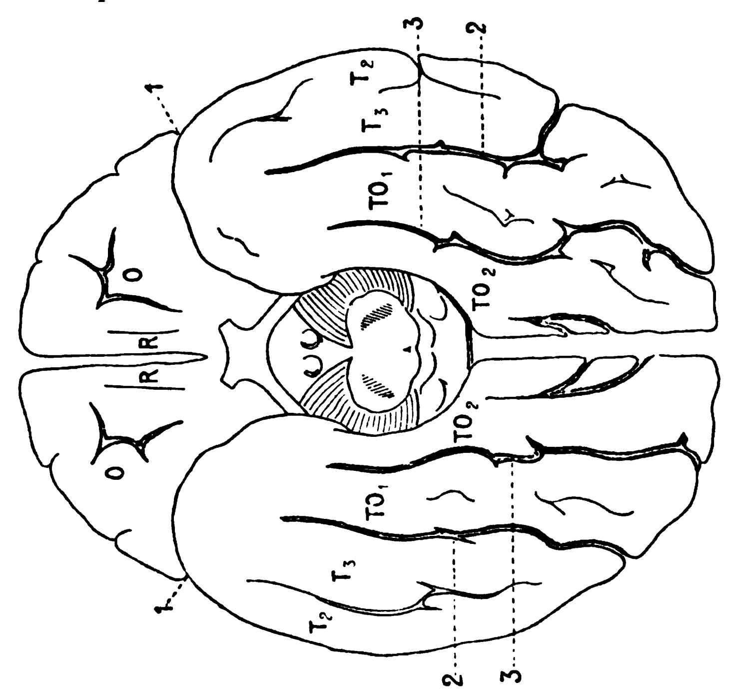


Fig. 5. — *Face inférieure.* 1, scissure de Sylvius; 2, première scissure temporo occipitale; 3, deuxième scissure temporo-occipitale.

O, circonvolutions orbitaires; R, gyrus rectus; T_2, deuxième circonvolution temporale; T_3, troisième circonvolution temporale; TO_1, première circonvolution temporo-occipitale, ou lobule fusiforme; TO_2, deuxième circonvolution temporo-occipitale, ou lobule lingual.

Quoi qu'il en soit, en tout cas, la démarcation, déterminée par le sillon fronto-marginal, n'est jamais tellement profonde qu'il n'y ait plus continuité entre la portion dorsale et la portion orbitaire du lobe frontal (Pozzi, Ecker, Broca). Pozzi affirme que toute la partie du lobule orbitaire comprise entre son bord interne et la branche interne du sillon orbitaire relève de la première frontale. C'est dans cet espace que se trouve :

Le *gyrus rectus*, limité en dehors par le sillon olfactif, en dedans par la scissure interhémisphérique.

Synonymie : *Gyrus orbitalis medialis* (Pansch); *Première circonvolution orbitaire* (Broca); *Anterior part of the great marginal gyrus* (Turner); *Gyrus orbitalis internus* (Weissbach [1]).

Tout le segment situé en dehors de la branche interne du sillon orbitaire relève de la deuxième frontale (Pozzi). Certains auteurs disent même, sans plus de façons, que tout ce qui est en dehors du gyrus rectus appartient à la deuxième frontale; ils ont réservé à cette zone les termes de :

Gyrus orbitalis medius du lobulus orbitalis lateralis (Pansch).

Synonymie : *Deuxième circonvolution orbitaire* (Broca); *Internal and external gyri ot the orbital lobule* (Turner); *Gyrus orbitalis externus et medius* (Weissbach).

Une incisure profonde sépare, en dehors, le lobule orbitaire de la troisième frontale. Cette incisure termine en avant la scissure surcilière.

La partie supérieure du lobe frontal correspond à la voûte du frontal. De là les appellations de LOBULE FRONTAL (Gratiolet), LOBE FRONTAL PROPREMENT DIT.

Synonymie : *Portion dorsale* (Schwalbe) ; *Portion frontale* ou *étage supérieur* (Broca).

On y rencontre la *scissure parallèle frontale*, de Pozzi. C'est elle qui, parallèle à la scissure de Rolando, verticale par conséquent, prend naissance à la partie postérieure de la scissure frontale inférieure, séparant en arrière le lobe frontal (troisième et deuxième circonvolution) de la frontale ascendante.

Synonymie : *Sillon antéro-pariétal* (Huxley); *Sulcus præcentralis inferior* (Schwalbe); *Rameau descendant du sillon frontal moyen* (Pansch) ; *Sulcus præcentralis ou vertical* (Ecker) ; *Sulcus infero-frontal* (Turner); *Sillon prærolandique* (Broca).

La *scissure frontale inférieure* ou *surcilière*, qui limite en haut le pli surcilier de Gratiolet, part à angle droit de la frontale parallèle et décrit une courbe très accentuée qui va rejoindre en avant et en bas les bornes du lobule orbitaire. Elle s'arrête en avant à l'expansion de la deuxième frontale dans le lobule orbitaire.

[1] *Die Supraorbitalwindungen des menschlichen Gehirns. Wiener medic. Jahrbücher*, 1870.

Synonymie : *Sillon infero-frontal* (Huxley) ; *Sulcus frontalis medius* (Pansch) ; *Deuxième sillon frontal* (Broca); *Sillon frontal primaire* (Pansch); *Sulcus frontalis inferior* (Ecker).

La *scissure frontale supérieure.*

Synonymie : *Premier sillon frontal* (Broca), *Supero-frontal sulcus* (Huxley); *Sulcus frontalis superior* (Ecker, Pansch).

fournit, elle aussi, postérieurement un petit sillon parallèle, vertical, parallèle au sillon de Rolando, qui mérite le nom de *sulcus præcentralis, prærolandicus superior* (Schwalbe).

Il arrive parfois que les deux sillons précentraux se rejoignent et l'on observe alors, en arrière du lobe frontal propre (voy. plus loin), sur les confins antérieurs de la frontale ascendante, une ligne verticale limitante complète qui, partie du pied de la troisième circonvolution frontale, scinde celui de la deuxième et une partie de celui de la première. Tous les intermédiaires se voient.

Tels sont les linéaments naturels qui tracent l'aire de chacune des circonvolutions frontales.

a. Première circonvolution frontale ou *supérieure* (Ecker, Pansch).

Synonymie : *Etage frontal supérieur* ou *troisième et pli de la zone externe*, de Gratiolet; *Première frontale externe; Supero-frontal gyrus* (Huxley); *Gyrus frontalis superior, constituant à la face inférieure le gyrus rectus* ou *gyrus orbitalis medialis* de Pansch (Ecker); *Première* ou *supérieure du groupe des circonvolutions frontales.—Erster oder oberer Stirnwindungszug* (Bischoff); *Première frontale* (Broca); *Gyrus frontal tout à fait supérieur* (Henle); *Superior frontal gyrus* (Turner); *Troisième frontale* (Meynert).

La dernière expression correspond à l'habitude prise par beaucoup de savants allemands, de compter les circonvolutions frontales de bas en haut, ainsi que le faisait Gratiolet (Voy. Huguenin[1]).

b. Seconde circonvolution frontale.

Synonymie : *Deuxième frontale externe*; *Etage frontal moyen* (Gratiolet); *Medio-frontal gyrus* (Huxley) ; *Gyrus frontalis me-*

[1] *Anatomie des centres nerveux.* Edit. française de Keller et Mathias-Duval, Paris, 1875.



dius sive secundus (Ecker, Pansch); *Deuxième* ou *moyenne du groupe des circonvolutions frontales. — Zweiter oder mittlerer Stirnwindungszug* (Bischoff); *Circonvolution frontale du milieu* (Henle); *Deuxième frontale* (Broca); *Middle frontal gyrus* (Turner).

c. Troisième circonvolution frontale ou *inférieure* (Ecker, Broca, Bischoff).

Synonymie : *Etage* ou *pli frontal inférieur. Première* du *pli surcilier* (Gratiolet); *Première* de Meynert; *Infero-frontal gyrus* (Huxley); *Circonvolution*, de Broca (en Allemagne et en Angleterre); *Gyrus frontal du dessous* (Henle); *Inferior frontal gyrus* (Turner).

A cheval sur la branche de bifurcation antérieure de la scissure de Sylvius, où elle forme l'opercule (couvercle) du lobule de l'insula, elle est divisée par cette branche en trois segments. Deux appartiennent à la face dorsale; un se rattache à la face orbitaire. C'est le rameau horizontal antérieur de Schwalbe, qui trace cette limite. La portion dorsale est nommée par Henle et Huschke, *gyrus transitivus*. Elle est encore l'objet de la part du rameau antérieur ascendant d'une scission en *partie operculaire* (ascendante, postérieure), et en *partie triangulaire* ou *cap de Broca* (descendante, antérieure).

B. *Circonvolutions ascendantes.* — La netteté des résultats atteints par les pathologistes, représentés par M. Charcot et l'école de la Salpêtrière, rapprochée de la précision des études anatomiques et physiologiques, justifie, croyons-nous, la création d'un lobe à part. On est, par l'ensemble de ces motifs, autorisé, à l'exemple d'Ecker, à détacher la frontale et la pariétale ascendantes, ces deux circonvolutions verticales, réunies l'une à l'autre sur la face plane de l'hémisphère, de leurs lobes respectifs. La dénomination de LOBE CENTRAL a été formulée dans bien des recueils. L'énumération suivante tient, au surplus, lieu d'une description qui, actuellement, ne saurait être qu'une copie.

a. Frontale ascendante (Charcot).

Synonymie : *Quatrième frontale; Processi enteroidei verticali di mezzo* (partie antérieure; (Rolando); *Premier pli ascendant* (Gratiolet); *Antero-pariétal gyrus* (Huxley, Foville); *Ascending frontal gyrus* (Turner); *Gyrus central antérieur* (Ecker, Henle); *Circonvolution transversale pariétale antérieure* (Foville); *Gyrus Rolandicus anterior* (Pansch); *Circonvolution prærolandique*

(Broca); *Circonvolution verticale antérieure* de quelques auteurs; *Gyrus antecentralis* ou *antero-centralis.*

b. Circonvolution pariétale ascendante (Charcot).

Synonymie : *Première pariétale*; *Processi enteroidei verticali di mezzo* (partie postérieure) (Rolando); *Second pli ascendant* (Gratiolet); *Postero-parietal gyrus* (Huxley); *Ascending parietal convolution* (Turner); *Gyrus centralis posterior* (Ecker); *Circonvolution transverse médio-pariétale* (Foville); *Gyrus rolandicus posterior* (Pansch); *Gyrus postrolandicus* (Broca); *Gyrus postcentralis* ou *postero-centralis, retrocentralis.*

Cette circonvolution forme la lèvre postérieure du sillon de Rolando. Elle naît au niveau du tiers postérieur de la scissure de Sylvius. En bas et en arrière, près de cette origine, commence le lobule pariétal inférieur d'Ecker, qui comprend, dans sa partie antérieure contiguë à la pariétale ascendante, le lobule du pli marginal supérieur de Gratiolet, et, plus en arrière, le pli courbe du même auteur français. Quelques anatomistes disent qu'Ecker a réservé le nom de lobule pariétal inférieur exclusivement à l'îlot adjacent au segment inférieur de la pariétale ascendante. C'est un tort. C'est Richer qui a plus spécialement consacré cette désignation, due à l'Ecole de la Salpêtrière, afin d'éviter les confusions.

C. *Lobe pariétal.*

a. Lobule pariétal supérieur.

Synonymie : *Lobule du deuxième pli ascendant* (Gratiolet); *Gyrus pariétal supérieur* (Pansch); *Première circonvolution pariétale* (Broca); *Erste Scheitelbeinlappenswindung* (R. Wagner); *Oberer Scheitelbeinlappen* (Huschke); *Obere innere Scheitelgruppe* (Bischoff); *Troisième temporale* ou *lobule temporal supérieur* d'Huguenin (*erreur typographique*? lisez pariétal); *Ancienne seconde pariétale des Français*, à l'époque où la pariétale ascendante s'appelait première pariétale; *Posteroparietal lobule* (Huxley, Turner).

L'expression finale est des plus propres à provoquer une confusion avec le gyrus postero-parietal (Huxley), qui désigne la pariétale ascendante. Monakow a commis cette faute (voy. Charcot et Pitres, *Revue de médecine*, 1883 [1]).

[1] Étude critique et clinique de la doctrine des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme. Mai-octobre 1883.

Les traits du tableau de cette zone sont fréquemment défigurés par les plis de passages transversaux de Gromier, qui en joignent la portion inférieure à l'ilot sous-jacent dont nous allons parler. En tout cas, la queue du lobule pariétal supérieur participe à la constitution du pli de passage externe qui, lorsqu'il existe, unit le lobe pariétal au lobe occipital.

La *scissure interpariétale* (Ecker), doit fixer quelques instants l'esprit de l'observateur. Connue sous les noms de *sillon pariétal* (Broca); *Intraparietal fissure* (Turner); *Sulcus parietalis* (Pansch); *Sulcus occipito-parietalis* (Schwalbe), elle part, en avant, du bord postérieur de la pariétale ascendante et monte un peu avant de décrire la courbe qui, comme on le verra plus loin, coiffe le lobule supramarginal (Gratiolet). Cette partie ascendante, parallèle au sillon de Rolando, avait été, dans le principe, appelée par Ecker, *sulcus postcentralis* ; elle était le pendant de sulcus frontal vertical, prœcentralis, inferior. Aujourd'hui, on réserve souvent ce nom à une branche ascendante, projetée par le même tronçon (*ramus ascendens*, de Pansch), branche variable, dont on trouve les vestiges sur bien des cerveaux, mais à quelque distance du coude envisagé. — La scissure interpariétale se continue en arrière fréquemment dans le sillon occipital transverse qui trouvera sa place ultérieurement; à ce niveau, ou bien elle s'arrête, ou bien elle poursuit, sans interruption, sa marche dans le lit même du sillon occipital supérieur. C'est dans ce dernier cas, que le terme de sulcus occipito-parietalis lui convient. Malheureusement, on l'a également attribué à la scissure perpendiculaire (interne et externe) qui sépare le lobe occipital du lobe pariétal; aussi devrait-on lui ajouter une épithète appropriée, ou plutôt s'en défaire.

En résumé, la scissure interpariétale sépare la ligne des replis pariétaux supérieurs de la ligne des replis pariétaux inférieurs. Elle rattache la pariétale ascendante au lobe occipital, en passant au-dessus de l'extrémité postérieure de la grande branche de la scissure de Sylvius, au-dessus également de l'extrémité postéro-supérieure du premier sillon temporal (parallèle). Elle est souvent interrompue par les plis de passage verticaux (de Gromier), et horizontaux (Gratiolet), déjà mentionnés. C'est pourquoi la régularité de la description est fréquemment toute artificielle, et la terminologie revêt un aspect polymorphe. Qu'on en juge.

b. Lobule pariétal inférieur (Ecker). — La comparaison des textes originaux d'Ecker [1], de Charcot [2], de Gratiolet [3], de Pozzi [4], de Schwalbe [5], et des figures annexées à chacun d'eux, ainsi que des schémas de Richer [6], permet de dégager les notions indiscutables qui vont être exposées.

La série des replis qui gît au-dessous du lobule pariétal supérieur, limitée en haut par la scissure interpariétale, a reçu d'Ecker le nom collectif de lobule pariétal inférieur. Cette masse est l'ancienne troisième pariétale des Français, *dritte Scheitellappenwindung*, *Gyrus parietalis tertius inferior*, de R. Wagner; *Gyrus parietalis secundus*, de Schwalbe.

Or, du sommet de la courbe de la scissure interpariétale tombe un sillon vertical, généralement assez accentué (*sulcus intermedius*, de Jensen). Ce sillon scinde le lobule pariétal inférieur entier en deux segments qui couronnent : l'un, l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, l'autre, l'extrémité postéro-supérieure du sillon temporal parallèle (*Fig.* 6). Ce sont les points de repère dont s'est servi M. Ecker pour, à l'exemple de Gratiolet, diviser en deux îlots son lobule pariétal inférieur. Un îlot antérieur, qui coiffe la scissure de Sylvius (pli marginal supérieur et lobule du pli marginal supérieur de Gratiolet), a été appelé par lui *lobule supramarginal*. Un ilot postérieur surmonte la pointe de la scissure parallèle : c'est le pli courbe de Gratiolet désigné par Ecker, sous le titre de *gyrus angulaire* (expression d'Huxley), à raison de sa forme. Dans la classification d'Ecker, par conséquent, le pli courbe est en arrière. Pour adjoindre, sans s'écarter du plan de Gratiolet, une troisième appellation à cet îlot postérieur, on serait en droit de penser que l'expression de lobule du pli courbe conviendrait le mieux, puisque c'est là le pli courbe, et que Gratiolet avait déjà trouvé pour l'îlot antérieur, supramarginal, la qualification succédanée de lobule du pli marginal supérieur. Ainsi a pensé M. Richer, tandis que M. Pozzi, conservant sans doute le pli courbe en arrière, a baptisé du nom de lobule du pli courbe la zone antérieure. Il en résulte qu'aujourd'hui, selon qu'on suit la terminologie de la Salpêtrière ou celle de M. Pozzi, le lobule du pli courbe se place en arrière ou en avant. Pour peu donc, quand il s'agit d'anatomie pathologique, qu'on ne soit pas aidé par un croquis, on ne s'y reconnaît plus ou l'on confond de bonne foi ! Ces assertions ont un exemple à l'appui dans l'observation de

[1] [2] [3] [4] [5] [6] *Loc. citat.*

M. Chauffard, relative à la cécité psychique (*Revue de médecine*, 1881); ici nous possédons une gravure qui nous montre que l'altération rapportée atteint le lobule supra marginal (Ecker), et une partie du lobule du pli courbe (Richer), en même temps que le texte nous prouve que M. Chauffard, en rédigeant, avait dans l'esprit, tantôt le lobule du pli courbe de M. Pozzi,

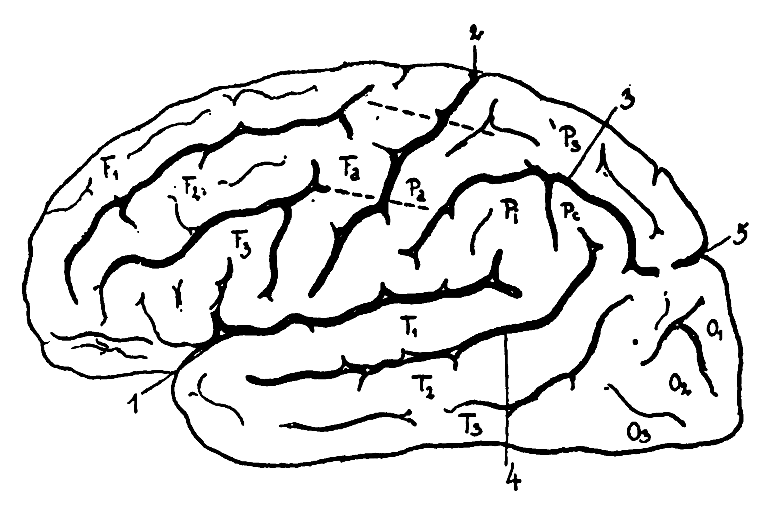


Fig 6. — *Face externe. Hémisphère gauche.* 1, scissure de Sylvius; 2, sillon de Rolando; 3, scissure interpariétale; 4, scissure parallèle; 5, scissure perpendiculaire externe.

F1, première circonvolution frontale; F^2, deuxième circonvolution frontale; F3 troisième circonvolution frontale; F^a, circonvolution frontale ascendante; P_a, circonvolution pariétale ascendante; P_s, lobule pariétal supérieur ; P^i, lobule pariétal inférieur; P_c, lobule du pli courbe; T_1, première circonvolution temporale; T^2, deuxième circonvolution temporale; T_3, troisième circonvolution temporale; O_1, première circonvolution occipitale; O_2, deuxième circonvolution occipitale; O_3, troisième circonvolution occipitale.

tantôt le lobule du pli courbe de M. Richer. Que serait-il advenu pour le lecteur, s'il eût été privé du dessin ? — Ajoutons enfin que M. Richer a remplacé le terme de lobule supramarginal par celui de lobule pariétal inférieur ; celui-ci devient par suite une fraction du lobule pariétal inférieur d'Eçker. — Un résumé sous forme de tableau de correspondance des termes et des divisions, nous semble indispensable, en guise de corollaire.

TABLEAU DES TERMES APPLIQUÉS A LA DÉNOMINATION DES DEUX SEGMENTS SOUS-JACENTS AU LOBULE PARIÉTAL SUPÉRIEUR

D'APRÈS ECKER			D'APRÈS POZZI			D'APRÈS RICHER
DÉNOMIN. D'ENSEMBLE — *Lobule pariétal inférieur.* Syn. : *Gyrus parietalis secundus. Gyrus parietalis inferior.* Comprend	En avant, c'est-à-dire au-dessus de la scissure de Sylvius.	*Lobule supramarginal* P^2. Syn. : *Pli marginal sup.* (Gratiolet.) *Lobule du pli marginal supérieur.* (Gratiolet.) *Gyrus parietalis inferior sive tertius.* (R. Wagner.) *Erste oder vordere Scheitelbogenwindung.* (Bischoff.) *Lobulus tuberis.* (Henle.) *Unterer Zug aus der hinteren Centralwindung und Scheitelhöckerläppchen.* (Huschke.) *Unterer Scheitelbogen.* (Meynert.) *Première pariétale.* (Huguenin.) *Lobule temporal inférieur.* (Huguenin.)	**DÉNOMIN. D'ENSEMBLE** — *Circonvolution et lobule du pli courbe.* Comprend	En avant.	*Lobule du pli courbe* P^2.	*Lobule pariétal inférieur* Pi.
	En arrière, c'est-à-dire au-dessus de la scissure temporale parallèle.	*Gyrus angulaire* $P^{2'}$. Syn. : *Pli courbe.* (Gratiolet.) *Gyrus parietalis medius sive secundus.* (R. Wagner) *Zweite oder mittlere Scheitelbogenwindung.* (Bischoff.) *Aufsteigende Windung zum hinteren äusseren Scheitelläppchen und hinteres äusseres Scheiteläppchen.* (Huschke.) *Oberer Scheitelbogen.* (Meynert.) *Deuxième temporale* d'Huguenin. (Erreur typographique? *lisez* : pariétale.)		En arrière.	*Pli courbe* $P^{2'}$.	*Lobule du pli courbe* Pc.

Nous n'insisterons pas sur les plis de passage verticaux (de Gromier), qui déforment, pour ainsi parler, le type. En se reportant à la scissure de Sylvius et à la scissure temporale parallèle comme points de repère, on parviendra toujours à les éliminer et à se rendre compte de la complexité des régions en chaque cas partieulier.

D. Lobe occipital. — Chez l'homme, avons-nous dit, la scissure perpendiculaire externe se réduit à une encoche. Par conséquent, le lobe occipital continue sans interruption le lobe pariétal, notamment au niveau du lobule pariétal supérieur. Aussi, les uns, refusant aux circonvolutions de cette partie de la région le nom de circonvolutions occipitales, les regardent toutes comme des plis de passage du lobe pariétal aux lobes occipital et temporal (Gratiolet), tandis que les autres adoptent, de même que pour le lobe pariétal, un schéma modèle, sans décrire les plis de passage. Une école intermédiaire aborde une description mixte; M. Pozzi consacre un paragraphe spécial à deux circonvolutions de passage avant de parler des trois circonvolutions occipitales classiques. Cette façon de faire lui paraît le plus en rapport avec les faits, avec la constance des organes en question. Nous l'imiterons afin de ne rien oublier. Procédons de haut en bas.

a. Première circonvolution de passage (Pozzi).

Synonymie. *Premier pli de Gratiolet.*

En connexion, antérieurement avec le lobule pariétal supérieur, postérieurement avec la première circonvolution occipitale, elle est limitée en bas par la scissure inter-pariétale, à moins qu'il n'y ait des plis de passage transversaux de Gromier.

b. Deuxième circonvolution de passage (Pozzi).

En connexion, avec le lobule du pli courbe (Richer), d'une part, et, en arrière, avec les 2e et 3e occipitales, elle reçoit vers son milieu un pli de renforcement qui vient de la 2e temporale. Elle comprend le plus souvent trois plis : les deux premiers issus du lobule du pli courbe (Richer), le dernier originaire à la fois de ce lobule et de la première temporale.

c. Première circonvolution occipitale, supérieure, qui, d'après Pozzi, termine en arrière le premier pli de passage. C'est celle qui est figurée dans Ecker et Richer sous l'initiale O [1].

Synonymie : *Gyrus parieto-occipitalis medialis* (Ecker); *Première circonvolution occipitale ou circonvolution occipitale supérieure* (Ecker); *Pli occipital supérieur, pli de passage supérieur externe* (Gratiolet); *Oberer Zug der hinteren Centralwindungs* (en partie) (Huschke); *First external annectent gyrus* (Huxley); *First bridging annectent or connecting gyrus* (Turner); *Obere innere Scheitelbogenwindung* (Bischoff).

d. Première scissure occipitale longitudinale ou *supérieure* (Pozzi).

Synonymie : *Sulcus occipitalis superior* (Ecker).

Elle continue, d'après Pozzi, la scissure inter-pariétale en séparant la première circonvolution de passage de la deuxième, continue aussi, d'après Ecker, la scissure inter-pariétale, mais sépare simplement la première circonvolution occipitale de la deuxième.

C'est à la partie antérieure de la première scissure occipitale que se trouve la *scissure occipitale transverse* (Pozzi).

Synonymie : *Sillon occipital postérieur ou transverse* (Ecker).

C'est encore une scissure parallèle; placée vers le milieu du lobe, elle a, en arrière d'elle, la première circonvolution occipitale qui la contourne pour gagner la seconde du même nom. Elle constitue la ligne d'arrêt de la première scissure occipitale. Ecker l'appelle sillon simien parce qu'elle caractérise, selon lui, cette région chezlesinge; on ne confondra pas ce sillon simien avec la scissure perpendiculaire externe.

e. Deuxième circonvolution occipitale ou moyenne (Pansch).

Synonymie : *Pli occipital moyen et pli de passage externe* (Gratiolet); *Circonvolution pariéto-occipitale latérale* (Ecker); *Zweite mittlere Hinterlappenwindung* (Wagner); *Medio-occipital and second external annectent gyrus* (Huxley); *Hintere oder dritte Scheitelbogenwindung* (Bischoff).

Fait suite à la deuxième circonvolution de passage et plus spécialement à sa partie supérieure (Pozzi). Elle est marquée O^2, dans Ecker et dans Richer.

f. Deuxième scissure occipitale longitudinale ou *inférieure* (Pozzi).

Synonymie : *Sulcus occipitalis longitudinalis medius* (Schwalbe).

Schwalbe décrit encore à la pointe du lobe occipital un troisième *sulcus occipitalis longitudinalis*, également *inferior*, qui manque très fréquemment du reste, et se confond, quand il existe, avec la scissure précédente, pour aboutir au même but; il sépare, comme la deuxième scissure, la deuxième circonvolution occipitale de la troisième.

g. Troisième circonvolution occipitale.

Synonymie : *Gyrus temporo-occipitalis* (Ecker); *Pli occipital inférieur*, 3ᵉ *et* 4ᵉ *pli de passage externe* (de Gratiolet); *Dritte untere Hinterlappenswindung* (Wagner); *Gyrus occipitalis inferior* (Pansch).

Continue la partie inférieure de la deuxième circonvolution de passage; cette partie étant elle-même empruntée au pli temporal moyen, la troisième occipitale provient de la deuxième temporale.

Toutes les circonvolutions occipitales et temporo-occipitales se confondent, à l'extrémité postérieure (pôle occipital de Broca, extrémité occipitale de Pansch) de l'hémisphère, par l'intermédiaire d'une ou de plusieurs circonvolutions qui s'arquent autour de la fourchette de la fissure calcarine, en constituant le lobule extrême. Celui-ci, descend ensuite dans le lobule fusiforme et dans le lobule lingual. De là un ou deux gyri descendentes ayant la forme générale d'un bourrelet marginal dirigé en avant (Ecker). Schwalbe ne fait, au surplus, aucune différence entre le lobule extrême, et le gyrus descendens. (Voy. la face interne du cerveau.)

E. Lobe temporal ou temporo-sphénoïdal.— On lui considère une extrémité temporale (Pansch) ou pôle temporal (Broca), par opposition avec l'extrémité postérieure fondue dans les lobes pariétal et occipital. Ce pôle antérieur est le lieu de convergence des trois faces du lobe.

1° La *face supéro-externe* se compose de haut en bas, de :

a. La première circonvolution temporale (Broca).

Synonymie : *Temporale supérieure* (Ecker); *Pli marginal postérieur et inférieur* (Gratiolet) ; *Partie inférieure de la circonvolution de l'enceinte* (Foville) ; *Gyrus temporalis superior sivè inframarginalis* (Huschke); *Gyrus temporalis primus* (Wagner); *Gyrus antero-temporal* (Huxley); *Erste oder aüssere obere Schläfenwindungsgruppe* (Bischoff); *Superior temporosphenoïdal convolution* (Turner).

Située au-dessous de la scissure de Sylvius, elle se confond avec la partie postérieure du lobule pariétal inférieur (Richer).

b. La scissure parallèle (temporale) (Gratiolet, Turner, Charcot).

Synonymie : *Sillon temporal supérieur* ou *premier* (Ecker; Bischoff); *Sulcus temporalis* (Pansch); *Antero-temporalis sulcus* (Huxley); *Premier sillon temporal* (Broca).

Nous avons déjà signalé l'importance de ce sillon à propos de la subdivision du lobule pariétal inférieur d'Ecker.

c. La *deuxième circonvolution temporale* (Broca).

Synonymie : *Circonvolution temporale moyenne* (Wagner, Huschke); *Pli temporal moyen et partie descendante du pli courbe* (Gratiolet); *Etage moyen du lobe temporo-sphénoïdal* (Gratiolet); *Gyrus temporalis medius* (Ecker); *Medio-temporal gyrus* (Huxley); *Temporale inférieure* (Pozzi).

d. Le *sulcus temporalis medius* (Ecker).

Synonymie : *Fissure temporo-sphénoïdale* (Huxley); *Deuxième sillon temporal* (Broca); *Postero-temporal sulcus* (Huxley).

e. La *troisième circonvolution temporale* (Broca).

Synonymie : *Gyrus temporalis inferior* (Ecker); *Gyrus temporalis tertius sive inferior* (R. Wagner); *Pli temporal inférieur* (Gratiolet); *Inferior temporo-sphenoïdal gyrus* (Turner); *Etage inférieur du lobe temporo-sphénoïdal* (Gratiolet).

Cette circonvolution n'est pas admise par M. Pozzi. Pour lui, la deuxième temporale forme ordinairement une sorte de lobule entre le pli marginal inférieur (première circonvolution temporale), et les circonvolutions occipitales. De telle sorte que la deuxième temporale devient dans sa terminologie une temporale inférieure, l'étage inférieur de Gratiolet. Ce lobule, dit-il, est le plus souvent dédoublé en deux plis secondaires à la partie antérieure; mais il est d'habitude simple en arrière, et plus ou moins distinct du lobe occipital.

C'est ici qu'il importe de poser les deux questions suivantes : Qu'entend-on par sillon *occipital antérieur* de Wernicke? Qu'entend-on par *incisure préoccipitale* de Schwalbe?

Il arrive souvent que la seconde scissure temporale se décompose en zigszags morcelés. Dans ce cas, la partie postérieure de cette scissure devient, en avant du lobule occipital, un sillon à part, comme on peut le voir dans une des figures de Richer

(hémisphère droit). C'est lui qui a été nommé *sillon occipital antérieur* (Wernicke). (*Fig.* 7.) En le prolongeant par la pensée inférieurement, on tombe sur une encoche qui représente l'*incisure préoccipitale* de Schwalbe, et le rudiment du *sillon préoccipital* de Meynert. Elle s'entre-croise parfois avec le deuxième sillon

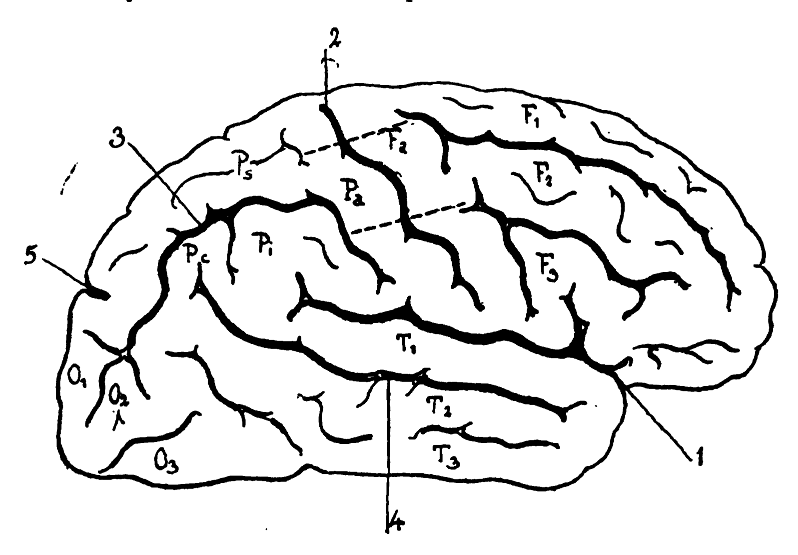


Fig. 7. — *Face externe. Hémisphère droit.* 1, scissure de Sylvius; 2, sillon de Rolando; 3, scissure interpariétale; 4, scissure parallèle; 5, scissure perpendiculaire externe.

F_1, première circonvolution frontale; F_2, deuxième circonvolution frontale; F_3, troisième circonvolution frontale; F^a, circonvolution frontale ascendante; P_a, circonvolution pariétale ascendante; P^s, lobule pariétal supérieur; P_i, lobule pariétal inférieur; P^c, lobule du pli courbe; T_1, première circonvolution temporale; T_2, deuxième circonvolution temporale; T_3, troisième circonvolution temporale; O_1, première circonvolution occipitale; O_2, deuxième circonvolution occipitale; O^3, troisième circonvolution occipitale.

temporal, et constitue alors le *furchenconflux* de Jensen. Une ligne élevée de cette incisure dans la direction du sillon occipital antérieur de Wernicke irait rejoindre la scissure perpendiculaire externe en séparant totalement le lobe occipital des lobes pariétal et temporal. Elle passerait en avant du sillon occipital transverse.

Il nous faut également ne point passer sous silence les *sillons*

temporaux transverses, qui, au nombre de deux à trois, occupent la moitié postérieure du lobe temporal cachée dans la profondeur de la scissure de Sylvius. Ces sillons délimitent, deux, trois ou quatre *circonvolutions temporales transverses* (Heschl). Synonymes de pli de passage temporo-pariétal profond de Broca, elles sont postérieures à l'insula et montent, en effet, dans les régions pariétales. Heschl prétend que la circonvolution temporale transverse antérieure de ce groupe serait constante.

2° La *face inféro-interne du lobe temporal* comprend :

a. La *première scissure temporo-occipitale* (Pozzi), ou *sulcus temporalis inferior sive tertius* (Ecker).

Commune aux deux lobes, elle sépare la première circonvolution occipito-temporale de la troisième temporale. C'est à son extrémité postérieure que correspond l'incisure préoccipitale, de Schwalbe (synonyme, sillon préoccipital de Meynert).

b. La *première circonvolution temporo-occipitale.*

Synonymie : *Gyrus occipito-temporalis lateralis* (Pansch); *Unteräusserer Hinterhauptswindungszug* (Bischoff); *Lobule fusiforme* (Huschke).

c. La *seconde scissure temporo-occipitale* (Pozzi).

Synonymie : *Sulcus longitudinalis inferior* (Huschke); *Sulcus occipito-temporalis* (Pansch); *Sulcus occipito-temporalis inferior* (Ecker); *Quatrième sillon temporal* (Broca); *Collateral fissure* (Turner); *Fissura collateralis sive temporalis inferior* (Bischoff); *Fissura collateralis* (Huxley).

Elle est, en effet, collatérale par rapport au renflement de la corne inférieure du ventricule latéral (éminence de Meckel). Parallèle dans sa moitié antérieure à la grande fente cérébrale de Bichat, dans sa moitié postérieure à la scissure des hippocampes, elle sépare la première circonvolution occipito-temporale de la deuxième.

Il faut éviter de l'appeler sulcus temporalis inferior (Bischofl), sinon comment la distinguerait-on du sulcus temporalis inferior d'Ecker, c'est-à-dire de la première scissure temporo-occipitale.

d. La seconde circonvolution temporo-occipitale.

Synonymie : *Gyrus occipito-temporalis medialis* (Pansch)

Unterinnere Hinterhauptswindungsgruppe (Bischoff); *Circonvolution à crochet* ou *pli unciforme* (de Vicq d'Azyr); *Lobule lingual* (Huschke).

Comme elle participe, en avant, à la formation du gyrus hippocampi, dont le pli unciforme est une portion, ainsi que nous le verrons plus loin, M. Pozzi la confond, de même que Vicq d'Azyr, avec le pli unciforme. Il est vrai qu'elle prend part à la formation de ces tractus, qu'elle constitue indubitablement, dans sa partie postérieure, la lèvre inférieure de la scissure des hippocampes. Nous en reparlerons à la face interne des hémisphères. (*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XVI. Du rôle de la prospérité et de l'adversité considérées comme causes de la folie; par T.-A. Chapman. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 189.)

Il y a quelques années, un aliéniste anglais, le Dr Yellowlees, s'appuyant sur des faits qui paraissaient lui donner raison, émettait cette opinion, passablement singulière, et que rien, croyons-nous, n'est venu confirmer depuis, que l'adversité est favorable à la stabilité mentale; bien entendu, il tenait également pour vraie la réciproque de cette proposition.

M. Chapman s'est attaché à montrer dans ce travail que, contrairement à l'opinion que nous venons de rappeler, les cas aigus de folie diminuent à mesure que la prospérité augmente; il a toutefois limité ses études à une classe sociale particulière, la classe agricole, et à une forme spéciale de la prospérité, l'aisance pécuniaire; il fait remarquer aussi que les cas dans lesquels cette aisance paraît prendre le caractère prophylactique le plus marqué sont ceux où une augmentation de salaire, une amélioration de la modeste récolte, écartent du paysan le besoin ou l'indigence, dont il demeure pourtant encore bien voisin. Il semble en effet, bien que cette opinion ne soit pas formulée dans l'article, que l'auteur admettrait sans peine qu'un excès de prospérité cesserait

de jouer à l'égard de l'aliénation, le rôle protecteur de la simple aisance. Dans les limites qui viennent d'être précisées, M. Chapman a pu s'assurer, par une judicieuse comparaison des statistiques des asiles et des statistiques agricoles, qu'à la prospérité agricole se lie une diminution du nombre des cas de folie, et qu'avec cette diminution coïncide aussi un abaissement du taux de la mortalité, en sorte que l'on voit se relever parallèlement la santé somatique et la santé mentale. R. M. C.

XVII. Paralysie et aphasie congénitale chez un idiot ; atrophie des circonvolutions; par James Shaw. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 210.)

Il s'agit d'un cas où l'on constatait une hémiplégie droite presque complète, de l'aphasie, une monoplégie crurale gauche, l'absence de tout instinct sexuel, et l'abolition du pouvoir locomoteur; la vision et l'audition étaient conservées et, en apparence, normales; la faculté de mouvoir librement les yeux dans toutes les directions était intacte.

Les principaux faits constatés à l'autopsie sont les suivants: atrophie extrême de la circonvolution pariétale ascendante gauche; atrophie ou arrêt de développement, de la frontale inférieure gauche; atrophie d'une portion de la pariétale ascendante droite; développement considérable, et même relativement, très considérable du cervelet. R. M. C.

XVIII. Sur la décoration et le mobilier des asiles; par A.-R. Urqhuart. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 167.)

L'auteur, qui dirige en Angleterre un asile important, s'est plu à donner dans cet article des renseignements très détaillés sur la façon dont il entend la décoration et l'ameublement des asiles d'aliénés. Il ne croit pas, — et il faut l'en féliciter, — que le médecin qui dirige un établissement d'aliénés ait le droit de bénéficier du vieil adage romain : « *De minimis non curat prætor* », et ceux de ses collègues de France qui pourront lire cet article (impossible à analyser en raison même des questions de détail qu'il traite) y trouveront assurément de sages conseils et d'utiles indications, R. M. C.

XIX. Sur la pathologie de la paralysie générale; par Joseph Wiglesworth. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 475.)

Le point principal sur lequel l'auteur se propose d'insister dans ce travail c'est le grand développement de la névroglie (cellules et

fibres tout à la fois); en effet, il n'a rencontré aucun cas de paralysie générale où ce développement ne se soit montré à un degré très accusé, bien que variable suivant les cas, Ainsi qu'on devait le prévoir, l'hyperplasie de la névroglie est surtout marquée dans les régions où ce tissu est particulièrement abondant à l'état normal, c'est-à-dire dans la première couche corticale, et dans la couche de cellules fusiformes située au-dessous de la cinquième couche.

En comparant une série de douze coupes de la substance corticale chez des paralytiques généraux et une série de douze autres coupes de la même substance chez des sujets atteints d'autres affections mentales variées, l'auteur s'est assuré que l'hyperplasie du tissu connectif existait à un degré plus ou moins marqué dans tous les cas de la première série, tandis qu'elle faisait absolument défaut dans tous les cas de laseconde.

Sans suivre l'auteur dans tous les détails de son argumentation, nous reproduirons ici sa conclusion finale qui estla suivante: « La conclusion à laquelle on arrive finalement, c'est que la paralysie générale est une inflammation interstitielle vraie du cerveau, à marche subaiguë ou chronique; qu'elle est en somme une véritable cirrhose du cerveau, en tout comparable à la cirrhose des autres organes, à celle du foie par exemple; ou, en d'autres termes, que l'hyperplasie du tissu connectif est l'élément primitif de la maladie, et que les cellules nerveuses ne sont atteintes que consécutivement. »

M. Wiglesworth n'ignore pas que cette manière de voir n'est pas nouvelle, bien qu'il ait trouvé jusqu'ici peu de partisans en Angleterre; il sait qu'elle est partagée par Rokitansky notamment, et par d'autres pathologistes; mais arrivé à cette conclusion à la suite de recherches absolument indépendantes, il a pensé qu'il ne ferait pas œuvre tout à fait inutile en publiant ce travail. Il termine par quelques considérations sur l'accord qui existe entre la théorie qui vient d'être exposée et le tableau clinique de la paralysie générale. R. M. C.

XX. Sur les effets de la fièvre typhoïde chez les aliénés; vingt-deux observations; par C.-M. Campbell. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 212.)

Une petite épidémie de fièvre typhoïde qui a éclaté durant l'automne de 1881 dans l'asile du comté de Durham, a fourni à M. Campbell l'occasion d'étudier l'influence de cette maladie sur la marche de l'aliénation mentale. Le bâtiment affecté aux femmes a seul été atteint, et vingt-sept cas ont été observés : cinq appartenaient au personnel, et se sont terminés par la guérison. Sur les vingt-deux autres qui atteignaient des aliénés, il n'y a eu qu'un

cas de mort, par péritonite au vingtième jour, chez une malade qui portait en outre depuis longtemps une affection mitrale. — Restent vingt et un cas à étudier : sept ont été graves, neuf de moyenne intensité. cinq légers.

L'étude de ces vingt et un cas, au point de vue de l'influence de la fièvre typhoïde sur l'affection mentale, a donné les résultats suivants :

1° La marche de la convalescence mentale n'a reçu, chez les deux malades atteints, aucune influence défavorable de la maladie intercurrente ;

2° Dans un cas où il n'y avait eu, jusqu'à l'apparition de la fièvre, aucune amélioration de l'état mental, l'amélioration a commencé pendant le cours de la fièvre, et a marché de pair avec la convalescence physique jusqu'à une guérison définitive ;

3° Chez une paralytique générale l'amélioration a commencé durant la dernière période de la fièvre et a suffisamment progressé pour permettre la sortie de la malade ;

4° Dans deux cas, mais d'une façon particulièrement remarquable dans l'un d'eux, où le pronostic était devenu très défavorable, la guérison mentale a commencé pendant la fièvre typhoïde ;

5° Une amélioration mentale très nette a été observée dans deux cas ; une amélioration légère dans deux autres cas ;

6° Dans les dix cas restants, où le pronostic était soit désespéré, soit au moins très défavorable, l'état mental n'a été aucunement influencé par la maladie intercurrente.

Deux cas sont particulièrement remarquables : dans l'un, la démence était si profonde, elle durait depuis si longtemps sans le moindre indice d'amélioration que le cas était considéré comme désespéré ; néanmoins, il y a eu une amélioration marquée. — Dans l'autre, une amélioration fort sensible est venue pareillement démentir un très fâcheux pronostic.

S'il était permis de tirer des conclusions d'un nombre aussi restreint de faits, on serait amené à penser que la fièvre typhoïde exerce sur les affections mentales une influence favorable, sans toutefois que l'on puisse se rendre compte avec quelque précision du mécanisme de cette influence. R. M. C.

XXI. De l'occupation dans le traitement des maladies mentales dans les classes supérieures ; par David Bower. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 182.)

Frappé des bons résultats que donne, dans le traitement des aliénés une occupation régulière, l'auteur s'est attaché à faire bénéficier des mêmes avantages les malades des classes élevées. Il déclare n'avoir rencontré que peu de résistance chez ses pen-

sionnaires; encore les malades, les plus réfractaires au premier abord, ont-ils souvent renoncé d'eux-mêmes à toute résistance et sont-ils venus spontanément réclamer l'occupation qu'ils avaient repoussée; il en est ainsi surtout lorsque la régularité des occupations est devenue la règle de la maison, et que la contagion de l'exemple se fait sentir. M. Bower a obtenu ainsi de très bons résultats, même chez des malades agités, qui auparavant passaient des journées à crier ou à déchirer leurs vêtements. Il va sans dire qu'il est impossible de déterminer à l'avance la nature des occupations qu'il convient de donner aux malades des classes élevées; s'il est quelques travaux à l'aide desquels on peut occuper indistinctement la plus grande partie de ces malades, il y a grand avantage à utiliser à ce point de vue toutes les aptitudes individuelles; dans l'application de cette méthode, il faut que l'initiative du médecin soit aussi large que son ingéniosité doit être active. Aussi dans les préceptes qu'il formule, et dont nous donnons ci-dessous la traduction, l'auteur n'a d'autre but que d'indiquer les grandes lignes du traitement:

« 1° Il ne faut jamais exiger d'un corps faible un travail physique excessif;

« 2° L'occupation que l'on donne aux malades des classes élevées doit être soigneusement mise à l'abri du reproche de servilité;

« 3° Cette occupation doit être constamment variée, afin que le malade ne vienne pas à s'en fatiguer. Ce précepte impose au médecin-directeur un surcroît de peine et de sollicitude réfléchie, mais il est indispensable au bon fonctionnement du système; et le médecin d'asile privé, qui ne se sent pas décidé à accepter ce surplus de travail, fera mieux de renoncer à l'application de cette méthode;

« 4° Non seulement il faut varier le travail des malades, mais il faut multiplier pour eux les récréations et les amusements, qu'ils goûteront d'autant mieux que les intervalles auront été consacrés au travail;

« 5° Enfin il faut que les malades aient une bonne et substantielle alimentation, qu'il y ait de fréquentes réunions des pensionnaires des deux sexes, que le travail soit chaque semaine coupé par un congé ou deux demi-congés. et qu'à leurs heures de loisir les malades soient admis à participer aux distractions et aux amusements du monde extérieur. » R. M. C..

XXII. Deux cas d'épilepsie liée a une tumeur cérébrale; par Herbert Packer. (*Journal of mental Science*, octobre 1882.)

Premier cas. — Fille de quinze ans, sur laquelle on n'a que peu de renseignements; paraît avoir eu des attaques peu fréquentes depuis trois ans. A plusieurs reprises, accidents pulmonaires à

forme congestive, avec température élevée; mauvais état général.

Elle est irritable, refuse les médicaments, parle d'une façon peu intelligible, se plaint comme si elle souffrait dès qu'on la remue. Elle a eu plusieurs attaques à l'asile; ces attaques sont très violentes et s'accompagnent de mouvements très étendus; elle tombe hors de son lit, et on a de la peine à l'empêcher de se blesser. Trois jours avant sa mort, elle tombe dans le coma. Depuis son entrée, elle gâtait.

A l'autopsie (soixante-huit heures après la mort), on trouve la dure-mère un peu adhérente; une matière semi-purulente assez abondante occupe le réseau de la pie-mère entre les circonvolutions, surtout vers la base. L'ablation de l'encéphale laisse écouler deux ou trois onces de liquide semi-purulent, venant de l'espace sous-arachnoïdien.

Le tissu cérébral est ferme; à la base du cerveau, on voit une membrane résistante, étendue sur l'espace interpédonculaire, et au-dessous de cette membrane une tumeur, arrondie, revêtue d'une mince capsule, molle, de couleur jaune pâle, partant du lobe cérébral moyen droit, faisant saillie dans l'espace interpédonculaire, repoussant vers le dehors la partie adjacente du lobe moyen, et déplaçant les nerfs, la commissure et le tractus optiques, la troisième paire et le pédoncule droit. La protubérance était un peu repoussée vers la gauche, et le nerf de la quatrième paire légèrement comprimé.

Une coupe montre que le corps strié du côté droit est occupé et gonflé par cette masse molle; la tumeur avait à peu près deux pouces et demi de diamètre; elle était enveloppée d'une mince capsule, et séparée de la couche optique et, en partie, de la corne descendante du ventricule latéral, par de la substance cérébrale. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcôme à cellules arrondies, avec dégénérescence de la portion centrale.

Deuxième cas. — Homme de dix-neuf ans, atteint de manie épileptique; aurait eu depuis trois ans, lors de son entrée à l'asile, des attaques avant et après lesquelles il se montre très violent et accomplit inconsciemment des mouvements étendus (sauts par-dessus des tables, des chaises, etc.).

A son entrée on ne note aucune paralysie motrice; au point de vue mental, il est irritable, excitable, déraisonnable, incohérent; il a perdu la mémoire; en dehors de l'état de mal, il est docile, mais très susceptible. Il a pendant plusieurs jours de suite jusqu'à vingt et trente attaques par jour; puis il redescend jusqu'à une seule attaque quotidienne mais, s'accompagnant de mouvements très étendus, et suivie de jactitation très violente des membres; dans un de ces moments de violence, il s'est fracturé l'olécrâne. Bientôt les accès deviennent trop fréquents pour pouvoir

être complés, c'est-à-dire que le malade plongé dans le coma est pris toutes les cinq ou dix minutes d'un accès classique spasmodique. C'est dans cet état qu'il succombe.

A l'autopsie (soixante-douze heures après la mort), on trouve la dure-mère un peu adhérente ; le tissu cérébral est ferme. A gauche, dans la portion extra-ventriculaire du corps strié, et relativement près de la base, on trouve une tumeur, du volume d'une grosse noix, globuleuse, entourée d'une capsule, de consistance ferme, largement alimentée par des vaisseaux sanguins, et assez semblable, au point de vue de la couleur et de la consistance, à la substance corticale du rein. R. M. C.

XXIII. L'OBTUSION NERVEUSE (*nervous dulness*) AU POINT DE VUE PHYSIQUE ET MORAL ; SON IMPORTANCE RELATIVEMENT A LA PEINE CAPITALE ; par W. Henry KESTEVEN. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 177.)

L'état particulier que l'auteur désigne par ces mots « Nervous dulness », mots que nous avons conscience de ne traduire que très imparfaitement par l'expression « obtusion nerveuse», est un état plus aisé à décrire qu'à résumer en une définition précise. Ce n'est pas, à proprement parler, une maladie, bien qu'une maladie puisse en être la cause ; c'est le plus souvent sans doute un état congénital, résultant d'un mode vicieux ou incomplet de développement du tissu nerveux. Anatomiquement, rien ne différencie le le tissu nerveux de ces « obtus » du tissu nerveux des sujets normaux ; et l'auteur est amené à conclure que ce n'est point la quantité, mais la qualité de la substance nerveuse qui est imparfaite. De pareilles modifications demeurent inaccessibles à nos procédés actuels de recherche ; mais si l'on admet cette théorie, aujourd'hui acceptée par beaucoup, que la force nerveuse n'est qu'une modification spéciale du mouvement, on pourra concevoir l'état dont il s'agit comme résultant d'une sorte de *viscosité* des molécules constituantes de la substance nerveuse.

Lorsqu'il est congénital, cet état peut être héréditaire ; lorsqu'il est acquis, il peut être dû, soit à une influence pathologique, soit à des habitudes vicieuses, personnelles ou ancestrales ; quoi qu'il en soit, ces malades n'attirent souvent l'attention par aucune infériorité intellectuelle; quelques-uns même passent pour intelligents; ils raisonnent juste, ne paraissent nuisibles ni aux autres ni à eux-mêmes, et sont cependant capables, le cas échéant, de faire le mal sans savoir que ce qu'ils font est mal. L'explication que donne M. Kesteven de ces faits est la suivante : « Ils sont absolument insensibles à ces fines vibrations subsidiaires des processus mentaux qui se retrouvent au fond de toute pensée, de toute opération mentale. . Agissent-ils mal, c'est qu'ils n'ont au-

cune conscience de ces stimulations plus douces, qui influent sur les autres hommes, et qui, s'il les eussent senties, auraient corrigé, ou au moins tenu en échec leur tendance à mal faire».

Si cette obtusion atteint surtout la portion du tissu nerveux qui est affectée aux opérations mentales, le danger est éventuel, mais réel; en effet, tant que le sujet vivra dans des conditions telles qu'il n'ait besoin de faire appel ni aux sentiments, ni aux pensées consécutives dont il est incapable, sa conduite sera normale; mais, que ces éléments, qui lui manquent, viennent à lui devenir soudainement nécessaires, et l'homme raisonnable de tout à l'heure devient, sans transition, insconscient par imperfection: en d'autres termes, fou et irresponsable.

Au point de vue médico-légal, de pareils états nerveux ont une importance de premier ordre: sans rechercher si l'obtusion intellectuelle dont paraîtrait atteint un criminel est héréditaire ou personnelle, et dans ce dernier cas, s'il ne l'a pas préparée et acquise par des habitudes vicieuses, une première difficulté, bien plus insurmontable, arrête au seuil de la question le magistrat et l'expert; c'est que, l'accusé n'ayant jamais donné de signes d'aliénation, ils n'ont l'un et l'autre d'autre document que l'affirmation du prévenu, qui déclare avoir été inconscient du caractère criminel de l'acte commis.

Il suffit que de pareils états cérébraux existent, et que leur possibilité soit reconnue, pour que le législateur y trouve un argument bien puissant contre la peine capitale. Et l'auteur sachant bien qu'on va lui reprocher de voir désormais des fous partout et des criminels nulle part, ne pressent l'objection que pour s'incliner devant elle: « Assurément, dit-il, au point de vue psychologique, tout crime est une folie... Le criterium grossier dont se contente la loi pour déterminer si un homme est ou non sain d'esprit, ce critérium qui consiste à rechercher si le criminel a eu ou n'a pas eu conscience de la criminalité de l'acte, est insuffisant, et son insuffisance est admise par tout le monde. Si tous les crimes étaient regardés comme des actes de folie, on adopterait à l'égard du crime une méthode plus rationnelle, et l'on chercherait non pas à le punir, mais à l'empêcher; or, ce dernier résultat est précisément celui que le châtiment, capital ou non, est impuissant à atteindre. Il faut faire pour le crime ce que l'on fait pour la folie: mettre le criminel dans l'impossibilité de commettre un nouveau crime; on peut sûrement y réussir sans lui ôter la vie. » L'auteur ajoute un peu plus loin que pour réaliser une pareille réforme, il ne faudrait rien moins assurément que la reconstitution sur de nouvelles bases de toutes les prisons et de tous les asiles d'aliénés; mais nous ne sommes pas du tout sûr, dit-il en terminant, qu'une reconstitution de ces établissements ne soit pas précisément l'une des meilleures choses que l'on puisse souhaiter. » R. M. C.

XXIV. Un cas d'endartérite, avec folie et aphasie; par Richard B. Mitchell. (*Journal of mental Science*, juillet 1882, p. 223.)

Cette longue et intéressante observation, suivie d'un minutieux compte rendu de l'autopsie ne peut guère s'analyser; aussi nous bornerons-nous à résumer les remarques que l'auteur y a ajoutées; on y trouvera les symptômes cliniques principaux utilement rapprochés des lésions anatomiques les plus importantes. Ces remarques portent surtout sur trois points.

Le plus important de ces points, c'est l'impossibilité où se trouvait la malade de parler. Cette aphasie ne paraissait liée à aucune absence soit d'idée, soit d'intelligence; elle comprenait bien ce qu'on lui disait, essayait de lire à haute voix si on le lui demandait, et s'efforçait de son mieux, et avec une expression de physionomie intelligente, de répondre aux questions qu'on lui posait; c'est en somme l'élément ataxique et amnésique qui semblait prédominer dans cette forme d'aphasie. Il paraît certain que l'ataxie et la parésie des muscles de l'articulation jouaient un rôle au moins partiel dans les troubles observés du côté du langage; en effet : 1° d'abord la gravité des troubles du langage variait proportionnellement à l'intensité de l'ataxie dont la langue était atteinte, et aussi à l'intensité de l'ataxie générale; 2° la parole était lente, laborieuse; elle procédait par « explosion »; 3° le langage était d'autant plus inarticulé que la malade faisait de plus vifs efforts pour parler ; 4° elle était rarement capable de répéter un mot lorsqu'on le lui demandait. A ces faits correspondait un état anormal des cellules des noyaux d'origine de la neuvième paire et de celles du *corpus dentatum* de la moelle.

Mais, en outre, la malade disait souvent oui quand elle voulait dire non; elle faisait un signe affirmatif au lieu du signe négatif qu'elle voulait faire, et réciproquement; ici l'intervention d'une ataxie des muscles de l'articulation du langage devient insuffisante pour expliquer les faits; on voit apparaître l'élément amnésique, une forme de défectuosité de la mémoire par incoordination, forme dans laquelle la malade oublie les mots propres à l'expression de sa pensée, et n'a pas la conscience qu'il en emploie d'impropres. Ceci correspond à des lésions des circonvolutions frontales, et en effet on constatait nettement que la circonvolution la plus atteinte était celle de Broca.

Le second point est relatif à la présence d'une sclérose miliaire dans le système cérébro-spinal. Il est à remarquer : 1° que les plaques de sclérose étaient nombreuses et distinctes sur des coupes qui n'avaient subi l'action de l'alcool que pendant trente heures au plus; 2° qu'aucune trace de sclérose miliaire n'a pu être constatée ni dans le corps strié, ni dans la moelle allongée, ni dans la région cervicale de la moelle, bien que des coupes prises dans ces

régions aient subi l'action de l'alcool pendant exactement le même temps et exactement dans les mêmes conditions que les coupes de la circonvolution frontale droite ascendante, du vertex gauche, et de diverses autres portions du cerveau et de la moelle qui étaient parsemées d'îlots plus ou moins rapprochés de cette lésion; 3° que les îlots étaient aussi nettement visibles sur les coupes qui n'avaient subi que peu de temps l'action durcissante de l'acide chromique que sur celles qui y avaient été exposées plus longtemps.

Le troisième point concerne des petits corps, que l'auteur croit n'avoir pas été décrits jusqu'ici; ces petits corps, ronds, d'un diamètre maximum de 1/200 de pouce, fortement colorés par le carmin se rencontraient dans les lobes frontaux, mais surtout dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche; ils occupaient les couches les plus profondes de la substance grise et la substance blanche immédiatement située au-dessous. Ils étaient nombreux; les plus gros présentaient un contour inégal, un aspect mûriforme et se composaient évidemment de plusieurs petits corps identiques aux corpuscules amyloïdes, et qui n'étaient peut-être que ces corpuscules même. Ces agrégats corpusculaires étaient toujours au voisinage d'un vaisseau. Ils ont été examinés par M. Batty Tuke, qui ne se souvient pas d'en avoir observé de semblables. Il est difficile de donner une théorie de leur origine. Dans quelques cas, on inclinait à croire qu'ils occupaient la place d'un vaisseau oblitéré et remplacé par une masse de noyaux ayant proliféré. R. M. C.

XXV. Le réflexe du genou dans la paralysie générale; par W. Julius Mickle. (*Journal of mental Science*, octobre 1882, p. 343.)

L'auteur de ce mémoire, connu depuis longtemps par une série d'intéressants travaux sur la paralysie générale, a étudié avec soin l'état du réflexe du genou dans cette maladie; il constate d'abord que ce réflexe peut être normal, exagéré, diminué, ou absent. Dans ses recherches, qui ont porté exclusivement sur des hommes, il a trouvé que le groupe des cas dans lesquels le réflexe était normal et le groupe de ceux où il manquait complètement ou presque complètement dépassaient respectivement en nombre le groupe des cas où le réflexe était nettement exagéré. Il faut noter encore que ce réflexe peut varier chez le même individu à différentes périodes de la maladie; il s'en faut aussi qu'il soit toujours égal aux deux membres; il varie encore dans sa rapidité absolue et dans sa promptitude à répondre à l'acte qui le provoque; on peut même quelquefois constater l'existence d'un réflexe exagéré dans son étendue, tout en étant tardif dans son apparition. Enfin, l'activité des mouvements réflexes provoqués par certaines impressions superficielles, telles que le chatouillement ou le pince-

ment de la peau n'est pas nécessairement en rapport avec l'intensité du réflexe du genou, ou de tout autre réflexe dit profond.

L'auteur, s'appuyant exclusivement sur ses observations personnelles, a résumé comme il suit les rapports qui existent entre l'état du réflexe du genou et les principaux faits ou symptômes qui se rattachent à la paralysie générale :

1° *Etiologie.* Dans le groupe où le réflexe manque, c'est l'alcoolisme qui joue le rôle capital dans l'étiologie; la syphilis, en revanche, tient une place considérable au point de vue étiologique dans le groupe où l'on rencontre une exagération du réflexe.

2° *Dysphasie.* En considérant l'ensemble des cas, les troubles du langage sont sensiblement égaux dans les deux groupes, peut-être cependant un peu moins marqués dans le groupe où le réflexe manque.

3° *Attaques apoplectiformes.* Elles sont à peu près égales en fréquence et en intensité dans les deux groupes; s'il y a une légère différence, elle est au profit du groupe où le réflexe manque.

4° *Hémiparésie temporaire.* Elle suit, — lorsqu'elle n'est pas liée à des phénomènes convulsifs — la même règle que les deux symptômes précédents.

5° *Attaques épileptiformes.* Elles sont un peu plus fréquentes dans le groupe où manque le réflexe; en revanche, les attaques quasi-syncopales — analogues au petit mal de l'épilepsie vraie ? — ont été observées presque exclusivement dans le groupe qui présente une exagération du réflexe.

6° *Etat intellectuel.* Il est à peu près semblable, somme toute, dans les deux groupes. (On peut cependant mentionner que la manie et la démence étaient un peu plus marquées dans le groupe où les réflexes étaient exagérés; mais peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence fortuite.)

7° *Hallucinations.* Plus fréquentes dans le groupe où le réflexe fait défaut.

8° *Incontinence d'urine.* En considérant l'ensemble des cas, on trouve que la malpropreté et le gâtisme, les évacuations involontaires (surtout d'urine) se montrent avec plus de fréquence, de précocité et d'intensité dans les cas où le réflexe fait défaut.

9° *Douleur.* Les douleurs tant soit peu vives des membres et du tronc sont plus fréquentes dans les cas où le réflexe manque.

10° *Sensibilité tactile des pieds.* La perception des sensations tactiles au pied n'est l'objet d'aucune différence bien accusée.

11° *Sensibilité et réaction au pincement des extrémités.* L'une et l'autre sont plus souvent diminuées ou absentes dans les cas où le réflexe fait défaut que dans ceux où il est exagéré.

12° *Réaction au chatouillement.* Elle est un peu plus souvent absente ou affaiblie dans le groupe où le réflexe est nul.

13° *Démarche.* En prenant l'ensemble des cas, elle est un peu plus ataxiforme dans les cas où le réflexe manque.

14° *Pupilles.* En prenant l'ensemble des cas, les pupilles sont plus dilatées chez les malades à réflexe nul que chez les sujets à réflexe exagéré. (On trouve plus souvent la pupille droite plus dilatée que la gauche dans les cas où le réflexe est très accusé que dans ceux où il manque.)

15° *Etat des yeux par rapport à la lumière.* Dans les cas où le réflexe est nul, l'iris est un peu plus paresseux.

16° *Accommodation.* Pas de différence marquée entre les deux groupes. R. M. C.

XXVI. Un cas de paralysie générale chez une femme, par F. M. Cowan. (*The Journal of mental Science*, janvier 1884, p. 530.)

Observation. — Femme de trente-six ans, ayant été fille publique, mariée depuis, deux enfants; présente tous les symptômes de la démence paralytique. Le début remonte à deux ans; il y a eu une période maniaque d'une grande violence, ainsi que les idées ordinaires de grandeur. La syphilis est recherchée avec le plus grand soin; on n'en découvre aucune trace. Jamais d'attaques apoplectiques ni épileptiformes. — Faiblesse progressive, séjour au lit, eschares, marasme, mort.

Autopsie. — La pie-mère se détache facilement, sauf sur la frontale ascendante, les pariétales et les lobules paracentraux. Les circonvolutions frontales sont atrophiées; les sillons qui les séparent sont élargis et contiennent des veines dilatées. Une dépression du volume d'une balle de fusil occupe le sommet du lobule paracentral droit.

Le cerveau pèse 1,170 grammes; son tissu est œdématié. La substance grise est réduite à l'état de simple lamelle sur les lobes frontaux. L'épendyme ventriculaire, surtout dans le quatrième ventricule, est couvert de granulations.

Au microscope, au lieu de trouver, comme d'ordinaire, des lésions de la névroglie, du tissu connectif cérébral, on trouve la névroglie normale (à peine une légère prolifération des noyaux, dans six préparations sur quarante). Les seules altérations observées ont leur siège dans les cellules nerveuses et dans les vaisseaux.

Les petits vaisseaux artériels sont atteints d'endartérite, en sorte que leur calibre est notablement réduit. De distance en distance, à des intervalles très réguliers, la tunique interne fait saillie à l'intérieur du vaisseau, de façon à en réduire le calibre au tiers du calibre normal, sans jamais toutefois l'oblitérer complètement. Cette diminution de la circulation artérielle a donné lieu à une stase marquée et à une transsudation dans les espaces péricellulaires ; d'où atrophie et désintégration des cellules.

L'endartérite dans ce cas était-elle d'origine syphilitique ? L'auteur ne le pense pas, puisque malgré d'attentives recherches, il n'a pu trouver aucune trace de syphilis. R. M. C.

XXVII. Un cas de goitre exophthalmique avec manie ; par J. Carlyle Johnstone. (*The Journal of mental Science*, janvier 1884, p. 521.)

Un résumé des réflexions de l'auteur fera ressortir les points les plus intéressants de cette très longue observation :

1° Le premier point à noter, c'est que le sujet de l'observation est une femme de trente-deux ans, mère de trois enfants, n'ayant eu antérieurement aucune maladie sérieuse, mais *originaire d'un district où le goitre est endémique* ; 2° il y a lieu de remarquer ensuite l'*ordre d'apparition des phénomènes* ; cet ordre, en effet, n'est point celui que l'on observe habituellement ; chez la malade dont il s'agit, ce sont des vomissements violents qui ont ouvert la marche ; ensuite est venue l'hypertrophie du corps thyroïde, puis l'exophthalmie, et, en dernier lieu seulement les palpitations nerveuses ; 3° les *troubles psychiques* ont été souvent signalés dans le goitre exophthalmique ; ils peuvent aller parfois jusqu'à l'aliénation. Chez cette malade, on notait de l'irritabilité, un caractère capricieux, une excitabilité émotionnelle marquée, des manifestations hystériques, des alternatives d'excitation et de dépression ; tous ces symptômes se sont exagérés au point de constituer un cas de manie aiguë ; 4° la *marche ultérieure des symptômes* a été la suivante : la malade qui était dans un état aigu d'excitation maniaque, avec émaciation et épuisement extrêmes, et qui présentait tous les symptômes pénibles de la maladie de Graves, s'est améliorée au point que la manie s'est calmée, que les forces et la nutrition se sont relevées, et que le goitre exophthalmique l'incommodait à peine ; on aurait pu croire la guérison proche ; mais après l'apparition de troubles moteurs et sensoriels limités à gauche, troubles dont l'exophthalmie persistante à gauche avait pu faire prévoir l'éventualité, l'existence de lésions cérébrales graves devint manifeste ; 5° parmi les *symptômes secondaires* les plus dignes d'attention étaient des sueurs profuses et soudaines, des rougeurs intenses et une chaleur brûlante à la peau, la tendance aux affections cutanées et les troubles digestifs ; 6° à l'*autopsie*, les lésions les plus remarquables étaient le ramollissement rouge des circonvolutions de l'hémisphère droit, l'état du sympathique et du corps thyroïde, et la présence d'un thymus volumineux.

Le ramollissement rouge envahissait toute la substance corticale des deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit et quelques circonvolutions seulement du tiers postérieur. La substance blanche était hypérémiée et pointillée ; elle l'était aussi du côté gauche, mais à

un degré moindre. La substance grise à gauche était assez fortement injectée, mais ne présentait pas d'autre anomalie.

Les ganglions cervicaux supérieurs (qui, malheureusement, ont été seuls examinés), présentaient, à côté de cellules saines, des cellules plus ou moins pigmentées, et d'autres légèrement atrophiées; la masse pigmentaire, souvent très nette, allait parfois jusqu'à remplacer complètement la cellule. Le tissu connectif était plus abondant qu'à l'état normal.

Le corps thyroïde est considérablement et uniformément hypertrophié; sa section montre dans le lobe droit quelques kystes de la grosseur d'un pois, contenant une substance blanche, cireuse, colloïde. Les artères et les plexus veineux sont volumineux. La capsule fibreuse et le tissu connectif sont épaissis. Au microscope on constate une hypertrophie considérable en certains points, et de l'atrophie dans d'autres.

Le thymus est remarquablement volumineux, et de consistance ferme. R. M. C.

XXVIII. Un cas ressemblant a la paralysie générale; — méningite suivie d'épanchement de lymphe et de pus; par J. Manley. (*The Journal of mental Science*, janvier 1884, p. 519.)

Observation.—Homme de trente-six ans; pas d'hérédité nerveuse ni tuberculeuse. Renseignements très incertains sur la durée de la maladie antérieurement à son entrée à l'asile. Son premier acte déraisonnable consiste à se croire le propriétaire de biens qui ne lui appartenaient pas et sur lesquels il exerçait le droit de propriété par des plantations, des aménagements, etc. Il était en outre inquiet, excité; il fallait deux hommes pour le garder. — A son entrée, il a des idées incohérentes, ne veut pas s'habiller, souille son lit; il a menacé sa mère; c'est ce qui a motivé son internement. La parole est épaisse; l'état de la langue n'est pas indiqué au point de vue du tremblement. Souvent, il ne répond pas aux questions, et ne paraît pas les comprendre; il a l'air excité; il n'est pas solide sur ses jambes. Bientôt son excitation tombe, il s'affaiblit de plus en plus et perd tout à fait la parole. Alité par faiblesse, il a promptement des eschares étendues; puis survient une série d'attaques épileptiformes, et le malade meurt.

Autopsie. — Sur l'os frontal, pus crémeux. Les membranes sont pâles; l'arachnoïde a évidemment été le siège d'une inflammation aiguë; elle est couverte d'un mélange de lymphe molle et de matière purulente qui tendait à se frayer un chemin par la lame criblée de l'ethmoïde, et qui avait creusé la substance osseuse du frontal. Par sa couleur et sa consistance, cet enduit ressemble, sur les circonvolutions, à une mince couche d'omelette. En incisant la dure-mère, on donne issue à environ 100 grammes de

liquide mêlé de pus. Le tissu cérébral était de consistance à peu près normale, mais pâle. R. M. C.

XXIX. Symptômes mentaux précurseurs d'une attaque d'apoplexie; par G. Savage. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 90.)

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-cinq ans, marié, goutteux, ayant usé largement de la vie sans commettre d'excès, n'ayant aucune affection constitutionnelle, et d'une intelligence très au-dessus de la moyenne. D'abord tourmenté par de l'insomnie (il y a un an), il se plaint ensuite de douleurs névralgiques occupant surtout le globe oculaire et pour lesquelles il consulte divers médecins. Puis il devient irritable, émotif et sa mémoire diminue. Ensuite surviennent des hallucinations de l'ouïe, sans rien de terrifiant (sonnettes entendues la nuit, conversations, d'ailleurs indifférentes, entendues à des distances invraisemblables, etc.), auxquelles succèdent des hallucinations de l'odorat. En même temps il maigrit, s'affaiblit, et finalement il est pris d'une attaque d'apoplexie affectant le côté gauche. Les mouvements convulsifs furent très violents, le malade ne reprit jamais connaissance, et mourut en moins d'une semaine.

M. Savage pense que, dans ce cas, la rupture artérielle a été précédée d'un trouble de la nutrition cérébrale, reconnaissant probablement pour cause l'état athéromateux (goutte) des artères de la base. Au trouble de la circulation a succédé une altération de la nutrition qui a eu pour résultat l'apparition successive des diverses hallucinations signalées dans l'observation clinique.

R. M. C.

XXX. Trois observations : symptômes ordinaires de la paralysie générale dans l'une; symptômes douteux dans l'autre; symptômes accusés dans la troisième; pachyméningite dans les trois cas; par G.-H. Savage. (*The Journal of mental Science*, janvier 1884, p. 512.)

Voici le résumé de ces trois observations :

Observation I. — Homme de cinquante-neuf ans, célibataire; un aliéné dans la famille; pas d'idées de suicide; dangereux pour les autres. Excité, incohérent, idées de grandeur; attaque les gardiens et les malades sans motif; malpropre. Blessure du cuir chevelu (avec lésion osseuse ?) il y a sept ans. Début de la maladie, il y a quatre mois. Pupilles égales. Parole lente, parfois hésitante pour un mot long. Pas de tremblement de la langue; un peu de tremblement des lèvres. Les idées de grandeur sont très marquées. Le malade meurt après avoir présenté les signes de l'albuminurie et la respiration de Cheyne-Stokes.

Autopsie. Artères cérébrales altérées : membrane épaisse, comprenant l'arachnoïde (pachyméningite). Adhérences sur toute la surface des lobes frontaux. Adhérence extraordinairement marquée entre les surfaces médianes des lobes frontaux. Pas d'atrophie bien accusée. La substance grise paraît avoir l'épaisseur normale; dans chacun des plexus choroïdes on trouve une petite tumeur du volume et de la forme d'un haricot. Dépôts pigmentaires en divers points, notamment sur la dure-mère au niveau de la surface horzontale du frontal et sur la face supérieure de la tente du cervelet.

Observation II. — Homme de trente-trois ans, marié; grand-père mélancolique; pas d'idées de suicide ni d'homicide; sobre. — Agitation sans but, propos incohérents, crainte déraisonnable des incendies, se croit volé par des clients qui emportent des marchandises sans les payer. A eu lors de sa première attaque (il y a quinze jours) de l'hésitation de la parole, de l'insomnie; a été violent, a refusé de manger. A son entrée : tremblement de la langue peu marqué, pupille normale, sensibilité conservée; illusions, dépression, insomnie. Démarche normale; réflexes du genou plutôt exagérés. Le 30 juin, perte complète de connaissance et paralysie motrice : tête tournée à droite; déviation conjuguée des yeux du même côté. Pupilles égales, répondant un peu à la lumière; réflexes cutanés conservés. Le malade ne reprend pas connaissance. Mort.

Autopsie. — En sciant le crâne, on entame la dure-mère, il s'écoule alors environ 120 grammes de sang en partie liquide, en partie coagulé. L'hémisphère droit est très aplati et comprimé. Les circonvolutions paraissent atrophiées de ce côté, mais cette apparence d'atrophie est due surtout à la compression. Au-dessus de la région comprimée, on trouve un sac volumineux, dont les parois sont formées d'une membrane jaunâtre, transparente, homogène, et ne paraissant pas vasculaire, au moins à l'œil nu. Cette membrane se réfléchissait de la pie-mère de l'hémisphère droit sur la surface arachnoïdienne de la dure-mère. Le sac contenait une quantité considérable de sang caillé, mou, noirâtre; on a vu comment s'était écoulé le reste du contenu de ce sac. — Dans la fosse temporale gauche, épanchement sanguin peu considérable. — La pie-mère se détachait facilement des circonvolutions. Pas d'adhérences. Substance grise normale, mais pâle. — Le plancher du quatrième ventricule est légèrement granuleux. Les ventricules latéraux ne sont pas agrandis et ne contiennent pas de liquide.

Observation III. — Femme dont l'âge n'est pas indiqué; une sœur a été atteinte de manie puerpérale, une autre de delirium tremens. Six mois d'insomnie; ensuite excitation et idées de grandeur. Parle ou marmotte incessamment. — Après des pertes d'argent considérables, elle avait été prise de mélancolie; il y eut une

amélioration appréciable, puis une rechute avec agitation et idées déraisonnables (parenté avec la famille royale, fortune exagérée); elle était incapable de prendre soin d'elle-même, de se tenir propre. Hallucinations de l'ouïe. — A son entrée à l'asile : mêmes idées de grandeur; tremblement de la langue; parole épaisse; pupilles un peu inégales; marche incertaine; réflexes du genou un peu exagérés; refus fréquent de manger. Un mois après son entrée : pupilles égales; réflexes normaux; incohérence; idées de grandeur; mémoire presque entièrement perdue. — Deux mois plus tard, série d'attaques. Mort.

Autopsie. — Dure-mère facile à détacher à droite, mais adhérente à gauche à l'arachnoïde, dont la cavité était remplie d'une fausse membrane molle, facile à soulever, excepté au vertex, où elle adhérait à la pie-mère, et par places à l'écorce. La dure-mère de l'hémisphère droit enlevée, on voyait de petits lacs de liquide sous-arachnoïdien clair, qui remplaçaient au niveau du vertex des circonvolutions atrophiées; ces modifications étaient surtout marquées à la base de la première frontale du côté droit, et au sommet de la frontale ascendante. L'atrophie, le soulèvement de l'arachnoïde par du liquide se rencontraient dans les points correspondants du côté gauche, mais à un degré moins marqué. L'atrophie était surtout accusée dans les régions qui viennent d'être indiquées. Il y avait de nombreuses adhérences entre les membranes et l'écorce, surtout à la région frontale, des deux côtés. R. M. C.

XXXI. Un cas de mélancolie avec stupeur et catalepsie ; par James Adam. (*Journal of mental Science*, janvier 1884, p. 508.)

Résumé de l'observation. — Les principaux renseignements recueillis sont les suivants : jeune fille de vingt et un ans, bonne santé habituelle; pas d'antécédents héréditaires. A onze ans, elle aurait eu un léger coup de soleil sous l'influence duquel elle aurait tenu des propos « bizarres », mais il n'est resté aucune trace de cet incident. Il y a six mois, elle se plaint de maux de tête, qui cependant n'entravent pas ses études (elle est très studieuse). Bientôt, après une amélioration due à un changement d'air, la céphalalgie frontale et occipitale reparaît et la force à cesser tout travail intellectuel. Il y a quatre mois, apparition de troubles intellectuels marqués. On la conduit chez une parente, où elle donne des signes très accusés de dépression mentale ; elle voudrait être morte, elle devient morose, susceptible, silencieuse. Il y a six semaines, elle commence à refuser de manger et de se coucher, déclarant que le jeûne et les veilles peuvent seuls la soustraire aux influences malveillantes qu'elle subit ; la dépression augmente, se manifestant par des actes déraisonnables. Puis, tout d'un coup, elle se remet à manger; la dépression diminue, mais la stupeur et

la taciturnité subsistent. Un soir, elle paraissait endormie ; on ne put la réveiller même en la secouant ; il fallut des efforts réitérés pour lui faire ouvrir les yeux. Cet état cataleptoïde reparut fréquemment, mais sans durer plus de quelques minutes. Bientôt apparurent de l'excitation, des terreurs nocturnes, des idées de suicide avec commencement d'exécution, des grossièretés de langage contrastant singulièrement avec son éducation ; enfin elle refusait de manger, et il fallut avoir recours à l'alimentation forcée. Lorsque l'auteur l'examina, elle était très anémique, souffrait d'une violente inflammation du pharynx, avait un pouls très rapide et à peine perceptible, un regard fixe, des pupilles dilatées, une tendance marquée à la catalepsie ; elle se croyait un ange de destruction.

Pendant que M. Adam la soignait, c'est-à-dire depuis le 13 juillet jusqu'au 7 novembre, on note successivement les faits suivants : elle se croit une personne royale et tient des propos déraisonnables ; elle présente de l'œdème des extrémités inférieures, et le 23 juillet, un état syncopal assez grave (cet état s'était déjà produit plusieurs fois dans sa famille).— En août : alimentation forcée d'abord, puis volontaire ; les symptômes mentaux diminuent ; mais l'état cataleptique persiste. Etat œdémateux général. — En septembre, l'œdème a presque disparu ; l'état cataleptique est beaucoup moins accusé ; santé générale améliorée. Pour la première fois le 19, elle répond à une question, et le 20, elle parle et elle chante. — Novembre : malgré quelques rechutes passagères, la convalescence progresse favorablement, bien qu'elle ne soit pas tout à fait débarrassée de ses idées délirantes et que le retour de l'état cataleptique paraisse devoir être provoqué par la cause la plus légère. R. M. C.

XXXII. Un cas de folie simulée ; par A. Robertson. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 81.)

Il s'agit d'un homme accusé de vol avec effraction, qui, peu de temps après son entrée en prison, commit une tentative de suicide tellement naïve que la simulation fut aussitôt suspectée ; à partir de ce moment il refusa de travailler, et, par moments, de parler ou de répondre ; quand il parlait, ses propos étaient sensés, sauf en un point : poursuivi pour vol, il se prétendait coupable d'assassinat et croyait ou paraissait croire qu'il allait être jugé pour ce dernier crime ; il était calme, morose, mais propre dans sa personne et dans sa tenue. Il aurait déclaré avoir vu du monde à la fenêtre de sa cellule.

Examiné par M. Robertson, il a l'air inquiet, rusé, sournois, évite visiblement de se laisser fixer, et répond aux questions qui portent sur des faits antérieurs au crime d'une façon généralement,

mais non toujours, raisonnable: il prétend ignorer tout ce qui se rapporte au vol, déclare qu'il est poursuivi pour assassinat, et qu'il a en effet gravement maltraité d'abord, puis jeté dans un canal où elle s'est noyée, une femme avec laquelle il vivait. On lui dit que cette femme est vivante; il remercie du renseignement, mais répète au bout de quelques minutes sa première assertion; il déclare se repentir de son crime et se met à pleurer; puis il se plaint que des milliers de rats viennent la nuit dans sa cellule, et tient d'autres propos absurdes du même genre.

Le jugement étant proche, on avait pressé l'expert de donner son opinion; il refusa de se prononcer après un premier examen, et put avoir avec le prisonnier deux autres entrevues, dans lesquelles, tout en continuant à s'accuser d'assassinat, le prévenu déclara qu'il avait 10,000 fr. en or, qu'il allait hériter de 100,000 fr., avec lesquels il irait au Pérou et achèterait une propriété à Callao. Dans la dernière entrevue, il déclara en outre que l'île de Sainte-Hélène lui appartenait. — Bien qu'on ait pu constater sur divers points où le doute n'était pas possible, l'intégrité et même l'excellence de sa mémoire, il affirme lors des deux dernières entrevues, n'avoir jamais vu l'expert, à moins que ce ne soit il y a très longtemps. — Enfin on ne peut noter aucune trace d'exaltation ni de dépression.

L'expert constata dans son rapport, outre l'absence des signes ordinaires propres à divers troubles mentaux, la présence de deux formes de délire qui ne se rencontrent jamais simultanément chez le même sujet, et d'après l'ensemble des faits observés, il conclut à la simulation.

L'avocat plaida la folie; l'accusé s'appliqua très habilement à en donner les signes pendant les débats, et fut néanmoins condamné à sept ans de servitude pénale.

Après le jugement rendu, le condamné avoua sans difficulté au médecin de la prison qu'il avait simulé la folie. R. M. C.

XXXIII. De l'admission des aliénés dans les asiles; par le Dr Léonard Weber. (*Journal of nervous and mental diseases*, janvier 1884, p. 70.)

Le comité permanent de la Société médico-légale de New-York estime que la loi qui régit l'internement des aliénés dans les asiles n'est pas une garantie suffisante contre les abus. — Dans un des premiers numéros du *Med. legal Journal*, il demande que toute personne soupçonnée de troubles cérébraux soit soumise à l'examen d'un juge de la cour assisté de deux experts. — Il y aurait lieu, par suite, de nommer des commissaires spéciaux qui auraient pour mission de visiter les asiles et de mettre en liberté les individus qui pourraient être rendus à la vie commune.

Le Dr Léonard Weber fait ressortir que l'application de ces mesures favorablement jugées par l'opinion publique causerait à la santé des malades de graves préjudices. Tous les observateurs, dit-il, s'accordent à reconnaître que les soins donnés aux aliénés chez eux ne sont couronnés d'aucun succès. Les chances de guérison sont d'autant plus sûres que l'internement est plus rapide. Il importe, par conséquent, d'éclairer l'opinion publique et non de lui faire des concessions au détriment des malades. — Les abus qui pourraient consister à faire enfermer une personne saine d'esprit seront efficacement prévenus par une loi sévère. — Le système d'inspection des asiles tel qu'il se pratique en Angleterre n'a jamais mérité l'approbation de ceux qui ont voulu le connaître.

A. Chantemesse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 mai[1]. — Présidence de M. Foville.

Des mesures proposées pour la surveillance des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés. — M. Falret. Dans la dernière séance, j'avais passé en revue les législations étrangères sans tirer aucune conclusion, dans le seul but de provoquer une discussion sur l'opportunité des mesures que nous aurons à prendre au sujet des aliénés traités en dehors des établissements publics et privés.

Aujourd'hui je vais essayer d'en formuler quelques-unes. Vous savez que la loi de 1838 est muette sur la question, tandis que, dans le nouveau projet de loi on a proposé certaines mesures de surveillance pour cette catégorie d'aliénés. Les familles ont actuellement le droit de soigner leurs aliénés chez elles, à la condition qu'ils ne troublent pas la sécurité et l'ordre publics. La nouvelle loi supprime ce droit et le réserve seulement aux parents les plus rappro-

[1] Voy. p. 106.

chés, comme dans certaines législations étrangères; mais on admet aussi que certains parents pourront, tout aussi bien que des étrangers, abuser de leur malade, d'où résulte la nécessité d'une surveillance exercée sur les parents. Y a-t-il avantage à modifier ainsi la loi de 1838? — Les faits, accumulés dans divers recueils et ceux que nous a cités M. Parant prouvent qu'il y a des abus nombreux. Ces abus relatifs aux aliénés ne se rencontrent pas dans les asiles, mais dans les familles et à domicile. Les articles nouveaux de la prochaine loi sont donc pleinement justifiés.

L'application des mesures édictées par la loi sera difficile. Qui est-ce qui sera tenu de déclarer à l'autorité compétente la folie d'un individu soigné chez lui? — Dans certains pays, le plus proche parent doit faire la déclaration. Comme l'aliéné soigné seul sera soumis aux mêmes formalités que s'il était traité dans un asile, les livres, inspections, visites, etc., constitueront un ennui pour les familles qui ne feront pas les déclarations; sans compter que beaucoup de parents pècheront par ignorance. Dans beaucoup de cas, il sera donc bien difficile d'appliquer la loi. Malgré cela, il y aurait moyen de sortir du *statu quo*, en distinguant des autres les aliénés déjà placés. Pour ceux-ci, la surveillance à domicile serait une chose simple.

A quelle autorité s'adressera-t-on pour exercer la surveillance? — Il sera inefficace d'en charger le juge d'instruction, le procureur de la République ou le commissaire de police. Il vaudrait mieux instituer des commissions locales, sous la dépendance d'une commission centrale traitant toutes les questions relatives aux aliénés. Mais pour que de semblables commissions puissent fonctionner, il faut une sanction à leurs décisions; c'est le préfet ou les tribunaux qui seront chargés d'en assurer l'exécution. En résumé, malgré de grandes difficultés d'application, il faut introduire dans la nouvelle loi la surveillance des aliénés traités à domicile. Cette surveillance ne devra pas s'appliquer aux aliénés soignés par des tiers, mais à ceux traités dans leur famille. Elle devrait être exercée par une commission locale relevant elle-même d'une commission centrale, et dont le rôle consisterait à exiger des certificats médicaux fréquents sur l'état du malade, à lui faire des visites, à tenir un registre où serait consigné tout ce qui aura trait au malade, et à faire cesser les abus dont il pourrait être victime.

M. Lunier combat les conclusions de M. Falret, qui compare les aliénés traités dans leurs familles à ceux soignés par des étrangers; les derniers doivent seuls être surveillés, car, malgré les faits regrettables que tout le monde connaît des séquestrations à domicile, on éprouve une certaine répugnance à pénétrer dans les familles. Il pense qu'il suffirait, pour éviter le retour de pareils actes, d'ajouter à l'art. 321 du Code pénal cette simple formule: Les dispositions

relatives à la séquestration illégale pourront également s'appliquer aux aliénés séquestrés chez eux. On sait que la jurisprudence actuelle ne considère comme séquestrés illégalement que les individus non aliénés séquestrés dans les asiles publics ou privés.

M. Christian ne partage pas la manière de voir de M. Falret. Vous connaissez, dit-il, les faits à propos desquels M. Parant vous a fait une communication : deux aliénés ayant été séquestrés dans leur famille à Toulouse, l'opinion publique s'émeut ; la justice est saisie et une enquête est ouverte. Cette enquête révèle que les deux victimes, un jeune homme imbécile et son père en démence, sont tous les deux des malades qu'il eût été impossible de laisser vivre en liberté ; elle constate également que des soins hygiéniques bien entendus leur ont fait défaut, qu'ils n'ont pas été traités et soignés comme il aurait fallu ; mais comme il a été impossible de prouver qu'ils eussent été réellement maltraités, après une longue et minutieuse information, une ordonnance de non lieu fut rendue.

Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares : j'en connais un certain nombre et, tous, vous en avez certainement rencontré. Il faut remarquer, — c'est du moins ce que j'ai cru remarquer dans les faits qui me sont personnellement connus — que les séquestrations ne se produisent que dans les familles peu fortunées, habitant des villages ou des hameaux écartés ; elles sont extrêmement rares dans les villes, les conditions de logement, de milieu ne s'y prêtant guère. A la campagne aussi longtemps que l'aliéné peut, sans inconvénient trop grave, jouir de sa liberté, vous savez qu'on le laisse vagabonder tout à son aise. Mais, du jour où il a commis un méfait, du jour où il devient incommode ou dangereux, on l'enferme comme on peut. On ne lui donne pas grand confort, et cela, pour une raison bien simple, c'est qu'on n'en a pas pour soi-même. On ne le couche ni mieux ni plus mal que les membres valides de la famille ; il est nourri comme eux, c'est-à-dire pauvrement ; peut-être même sa ration est-elle diminuée parce qu'il est une bouche inutile, qu'il ne rapporte pas au ménage. Pour ces infortunés, l'asile est un paradis ; mais que de fois ai-je vu refuser le placement d'office, la commune ni le département ne voulant assumer les frais d'entretien ! Que voulez-vous alors que deviennent ces pauvres gens ? Ils s'arrangent comme ils peuvent, et l'aliéné en pâtit.

Voilà, je crois, comment les choses se passent le plus généralement et l'on voit fort bien qu'il n'est pas question de traitement, mais qu'il s'agit simplement de se protéger contre un aliéné qui peut devenir malfaisant. Quand cela se fait sans qu'il y ait sévices graves, mauvais traitements, il ne saurait y avoir aucune responsabilité pénale. Et comment, en effet, pourrait-elle exister ? Ne

serait-il pas inique d'exiger de gens dans l'indigence qu'ils donnent à un des leurs un bien-être qu'ils ne peuvent se donner à eux-mêmes ?

Il peut arriver, je ne l'ignore pas, que dans ces conditions, l'aliéné séquestré soit réellement maltraité et victime de sévices graves ; il peut arriver que sa famille même, lorsqu'elle est dans l'aisance, le néglige d'une façon systématique, qu'elle le prive du nécessaire, dans l'espoir d'être plus tôt débarrassée d'une charge qui lui pèse. Mais alors, il y a *crime*, la justice doit intervenir. Seulement, je pense que les règles ordinaires de la procédure suffisent, la preuve en est dans les exemples que M. Parant a rapportés et qu'il est facile de multiplier.

Dans le projet de M. Parant, il s'agit de bien autre chose : une famille est frappée dans un de ses membres qui devient aliéné ; elle ne peut se résoudre à se séparer de lui, s'imaginant qu'en le gardant près d'elle, elle aura plus de chance de le guérir, ou du moins, d'adoucir ses souffrances. Elle se refuse à le confier à des étrangers ; elle tient à tenir secret le malheur dont elle est victime. Est-il besoin de dire quels intérêts majeurs peuvent être en jeu ?

C'est à ce moment, que M. Parant veut faire intervenir l'autorité. Théoriquement, cela paraît être assez facile, on créera une nouvelle catégorie de fonctionnaires inspecteurs à plusieurs degrés qui inspecteront les familles, se contrôleront les uns les autres : nul aliéné n'échappera à leur vigilance. Mais en pratique, les choses se passeront-elles aussi simplement ? Je suppose une famille dans laquelle il y a un enfant épileptique ou idiot, ou une fille hystérique, ou une femme mélancolique hypochondriaque, ou un mari alcoolique et je pose cette première question : Sont-ce là des aliénés qui tomberont sous le coup de la nouvelle loi ? Et vous dites oui, j'objecterai que ce ne sont nullement des folies véritables, mais de simples névroses, de simples névropathies et nous pourrons discuter indéfiniment sans résoudre la question. Voilà donc une première difficulté. Il en est une autre, bien plus grave. J'admets que la question de diagnostic soit tranchée, qu'il ne puisse y avoir aucun doute sur la nature du mal, que ce soit réellement une maladie mentale ; qui sera chargé de faire la déclaration à l'autorité ? Sera-ce le médecin de la famille, celui qu'elle honore de sa confiance, à qui elle dit ses douleurs les plus intimes ? Lui demanderez-vous de violer le secret professionnel ? Aucun médecin n'y consentira jamais ! Si ce n'est pas le médecin, sera-ce le père, le chef de famille ? Mais quand il sera persuadé qu'il a un aliéné parmi les siens, lui demanderez-vous d'étaler aux yeux de tous, de rendre publique la plaie douloureuse qu'il s'efforce de tenir cachée, et qu'il peut avoir un intérêt immense à ne pas révéler ? Lui demanderez-vous de faire contrôler le médecin de son choix

par le médecin de l'administration? Le père ne parlera pas, le punirez-vous? — Ce n'est donc ni le médecin, ni le père, qui dénoncera le crime de soigner un aliéné au milieu de sa famille. Qui sera-ce? Sans doute quelque domestique infidèle, quelque voisin malveillant, quelque ennemi jaloux?... Vous donnerez une prime à la délation.

Mais je me trompe! Toutes ces difficultés n'existent pas, l'autorité a été régulièrement divisée; magistrats, inspecteurs, commissaires se sont mis en campagne. J'imagine que l'un de ces inspecteurs sera un médecin chargé, à intervalles plus ou moins éloignés, de visiter les malades. Quelle sera sa mission? Examinera-t-il si l'aliéné est bien nourri, convenablement vêtu, si on lui donne du vin, de la viande en quantité suffisante, si on lui fait prendre l'air? Inspectera-t-il sa chambre? verra-t-il comment elle est orientée, si elle a le cube d'air indiqué dans les livres d'hygiène les plus récents? contrôlera-t-il les prescriptions du médecin traitant?... Remarquez que s'il ne fait pas tout cela, son rôle est inutile, et, s'il le fait, pouvez-vous imaginer un inquisiteur plus importun? Quelle est la famille qui voudrait se soumettre à de pareilles obligations? Quelle est la loi qui oserait l'y contraindre? Et si, d'aventure, cette loi existait, ne faudrait-il pas jurer de lui désobéir?

Je crois que le foyer domestique doit rester inviolable, que l'autorité de la famille doit être repectée jusqu'à ses dernières limites. Ce sont là les bases fondamentales de notre droit, et jamais on n'a admis qu'il pût y être dérogé à moins d'un intérêt supérieur, suffisant pour motiver la dérogation proposée. Le seul argument que je rencontre est celui-ci : l'aliéné maintenu dans sa famille, soigné par les siens, peut devenir la victime de son entourage; il se peut qu'il soit maltraité, circonvenu, dépouillé de ses biens, mais ce n'est qu'une possibilité, et, si telle est notre sollicitude, pourquoi la borner à l'aliéné? Ce que vous craignez pour lui, je le redoute tout autant pour le phthisique et, en général, pour n'importe quel malade. En est-il un seul qui soit assuré de garder sa vigueur intellectuelle, son énergie morale, qui puisse résister à toute suggestion, à toute contrainte opposées à ses intérêts, et qui ne soit jamais entouré que de parents dévoués et désintéressés? Pour être logique, il faudra que vous demandiez des inspections dans un cas comme dans l'autre. Notez, d'ailleurs, que si votre loi est votée, elle sera forcément inutile. Elle n'atteindra pas ceux que vous visez, parce que ceux-là, quoique vous fassiez, se cacheront. Ils ne diront pas qu'ils ont un aliéné chez eux, ni qu'ils le tiennent séquestré. Vous n'atteindrez que les familles qui feront leur devoir, et, pour ces familles votre loi sera vexatoire, insupportable.

Il m'est arrivé assez souvent de recevoir dans mon service des

paralytiques généraux, arrivés à la dernière période de leur maladie. Quand je m'étonnais que ces malades eussent pu rester si longtemps dans leurs familles, j'apprenais que, du jour où ils avaient été frappés, ils avaient trouvé à leur foyer une garde-malade vigilante, infatigable. Ces jeunes femmes, habituées au luxe, n'ayant connu de la vie que les frivolités et les plaisirs quittaient tout, renonçaient à tout, et, sans une plainte, sans un murmure, s'installaient au chevet de celui dont elles avaient promis de partager la bonne, comme la mauvaise fortune, et dont elles voyaient avec désespoir sombrer l'intelligence. Rien n'avait jamais pu les rebuter, et cependant elles n'avaient même pas cette consolation suprême d'être payées de leurs sacrifices, par une parole d'affection ou de reconnaissance. Elles faisaient leur devoir; mais, messieurs, dans ce devoir, vaillamment accompli, dans ce dévouement obscur, cette abnégation de tous les instants, c'est là qu'est l'honneur du foyer et voilà ce que l'on nous propose de contrôler, de réglementer! La femme qui se dévoue pour son mari, le mari qui sacrifie tout pour sa femme, l'enfant qui recueille pieusement ses parents, les parents qui se résignent à tout plutôt que d'abandonner leurs enfants, voilà ce qui excite votre méfiance!

Reste un dernier argument : la législation qui nous est proposée existe en Ecosse, elle a été essayée en Belgique, peut-être dans d'autres pays encore.

Je vous avoue que cet argument me laisse froid, que les Ecossais, que les Belges acceptent telle législation qu'il leur plaira, c'est affaire à eux de la concilier avec leurs mœurs, avec leurs habitudes, mais cela ne prouve en aucune façon ni l'utilité, ni la possibilité de son introduction chez nous.

MARCEL BRIAND.

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

SESSION DE FRIBOURG 1883.

Section de psychiâtrie et neurologie.

Le congrès annuel de la société des aliénistes allemands[1] et l'exposition d'hygiène de Berlin portent cette année préjudice au

[1] Voy. *Archives de Neurologie,* t. VIII, p. 359.

congrès des naturalistes. Conformément aux errements en vigueur dans les précédentes réunions, les psychiâtres et neurologues se sont groupés en une seule section. Cette manière de faire, qui a l'avantage d'associer deux faisceaux d'une même branche, a l'inconvénient de disséminer un certain nombre de communications relatives à la neurologie. C'est ainsi que bien des mémoires de la dernière catégorie ont été présentés à la section de médecine interne. Pour remédier à cette confusion, il faudrait que l'on choisit d'avance la section à laquelle on destine les travaux de neurologie que l'on a exécutés. La section doit tenir trois séances qui seront successivement présidées par les professeurs Jolly, Kirn, Hitzig; secrétaires, MM. Hindenlang et Locherer.

L'installation a lieu par les soins de M. Kirn. A la suite de quelques paroles de bienvenue, il émet l'espoir que le concours de deux branches de connaissances sœurs produira des fruits plus abondants. Il transmet à l'assemblée des invitations à visiter l'asile d'Illenau et à participer au congrès des psychiâtres suisses à Waldau près Bern.

Séance du 19 septembre 1883.

Présidence de M. Jolly (de Strasbourg).

M. Wille (de Bâle) prend la parole sur *quelques relations cliniques de l'alcoolisme chronique.* — Après avoir commenté les manifestations symptomatiques et anatomo-pathologiques de l'alcoolisme chronique, l'auteur établit un parallèle critique entre ses observations et ses recherches, qui ont porté sur soixante et un cas (53 hommes, 8 femmes) et les éléments de même ordre contenus dans la bibliographie. Il arrive aux conclusions suivantes:

1° L'alcoolisme chronique n'est pas une forme morbide; ce n'est pas non plus un genre nosologique, c'est un complexus symptomatique général;

2° Ce complexus symptomatique revêt plusieurs modalités; ce sont: *a*), le type de Magnus Huss, qui existe dans 80 à 85 p. 100 des cas, et dérive d'un affaiblissement du système nerveux central, localisé sur les tractus psychiques, sensitifs, sensoriels, secrétoires, vaso-moteurs et trophiques, ainsi que sur les centres; *b*), un mode combiné caractérisé par des tableaux symptomatiques spinaux des plus variés;

3° L'étiologie s'en résume exclusivement dans les excès alcooliques longtemps prolongés représentés presque absolument par de l'eau-de-vie;

4° L'alcoolisme chronique possède différents rapports de parenté

avec la paralysie progressive; mais c'est un tout autre processus morbide;

5° Le diagnostic différentiel est souvent très difficile, parfois même impossible, quand le temps d'observation est limité;

6° Ce diagnostic repose avant tout sur les éléments de l'étiologie et sur ceux de l'évolution. La paralysie générale ne provient jamais exclusivement de l'alcoolisme; elle n'a jamais le même stade prodromique; en fait de symptômes, elle affecte une marche différente. L'alcoolisme chronique n'est progressif que pour un temps, jamais sa progression n'est continue; ou bien il est curable (70 à 85 p. 100 des faits), ou bien il est mortel (13 à 15 p. 100); les rechutes ne sont possibles qu'à la suite de nouveaux excès alcooliques d'ailleurs très fréquents, tandis que dans la paralysie générale les rechutes sont spontanées, la mort y constituant la règle;

7° La marche de l'alcoolisme chronique est, comparativement, aiguë; elle comprend plusieurs semaines à plusieurs mois. Les guérisons sont parfois complètes; mais, dans l'immense majorité des cas, elles sont défectueuses;

8° Il existe aussi, au point de vue anatomo-pathologique, une différence entre les deux processus. Tandis que la paralysie générale a pour substratum une encéphalite diffuse, l'alcoolisme chronique procède plutôt de troubles locaux du système nerveux central, de foyers hémorrhagiques et emboliques, et incidemment de troubles généraux de la nutrition. Assez souvent on manque d'altérations macroscopiques.

Discussion. — M. SCHULE partage les mêmes opinions sur la paralysie générale alcoolique. Son tableau clinique ne correspond pas à celui de la paralysie générale classique: toujours il vient s'y ajouter des symptômes accessoires qui, modifiant le complexus de la paralysie générale, engendrent des formes mixtes. Règle générale, la paralysie générale alcoolique a une évolution torpide; tandis que le type pur se fait remarquer par une excitabilité initiale, l'alcoolique témoigne d'un affaiblissement psychique très prononcé d'un bout à l'autre. Différences nécroscopiques: à la paralysie générale vraie appartient l'intensité des altérations méningées, à la paralysie générale alcoolique ressortit l'atrophie cérébrale. Toutefois, il ne faudrait pas être absolu, car l'orateur a vu également des adhérences méningées dans la paralysie générale; il est vrai qu'alors il s'agissait, non plus d'une évolution chronique ordinaire, mais d'une marche aiguë et souvent suraiguë confinant à l'habitus du délire aigu: ce sont évidemment là des cas exceptionnels. Il a aussi observé, dans deux faits d'encéphalite relevant d'une paralysie générale alcoolique, une dégénérescence grise du nerf optique que l'on pouvait poursuivre jusqu'aux ganglions. On devrait, selon lui, accepter la pathogénie de la paralysie générale, de par les excès alcooliques, sous la double formule que voici:

1° L'abus des boissons alcooliques produit l'alcoolisme chronique duquel émane la paralysie générale typique ;

2° Les excès de boissons précèdent; il s'en développe, au cours du temps, une paralysie générale, sans qu'on observe le stade intermédiaire de l'alcoolisme chronique ; d'où, cliniquement, une forme non spécifique, mais typique, et, en certains cas, galopante.

M. Mendel croit qu'outre les cas dans lesquels l'alcoolisme chronique produit un tableau clinique semblable à celui de la paralysie générale, qu'outre ceux dans lesquels l'alcoolisme chronique doit être tenu pour un des éléments étiologiques de la paralysie générale, il en existe encore, et ils seraient assez fréquents, dans lesquels l'alcoolisme chronique survient au début de la paralysie générale, amené par celle-ci; on a sous les yeux la combinaison de deux états pathologiques.

M. E. Krœpelin (de Leipzig). *Etudes expérimentales sur les associations d'idées.* — Les expériences ont d'abord été instituées sur des individus sains; il s'agissait de se rendre compte des associations verbales. Elles devront servir ultérieurement de base à qui recherchera les conditions pathologiques. L'auteur adopte les classifications antérieures, principalement celles de Trautholdt. D'après lui, il y aurait prédominance des associations d'origine externe sur les associations d'origine interne. Les substantifs jouent le plus grand rôle, comme représentants immédiats des impressions sensorielles, dans la formation des associations d'idées; ils contribuent à la formation de 90 p. 100 des associations. Ce qui frappe encore, c'est la tendance que présentent les individus à associer par induction, c'est-à-dire en allant du général au particulier; ce mécanisme serait dix fois plus fréquent que le mécanisme inverse. Quant aux origines des associations, sur une série de 1,000 essais, 41 p. 100 se rapportent à la première enfance, 36 p. 100 à la période scolaire, 23 à l'époque des études libérales. — La mensuration du temps nécessaire à l'association des idées pratiquée par la méthode de Wundt a fourni des valeurs considérablement plus courtes que celles des observateurs antérieurs. La raison de cette différence réside surtout dans la modification de la méthode des calculs. Ainsi M. Krœpelin n'a pas seulement pris des moyennes; il a tracé comme ordonnées les fréquences de chacune des valeurs observées, et employé comme abscises les divers espaces de temps notés. Pour lui, de même que pour Trautholdt, on a, par ce procédé, déduction faite des réactions antécédentes, les valeurs 0,400"; 0,570" qui correspondent à la durée la plus fréquente du temps que demande une association d'idées. Le temps le plus bref appartient aux associations d'idées déterminées par le son pur et par l'accoutumance verbale. Le

temps le plus long ressortit aux associations d'idées provoquées par la recherche intellectuelle sur la signification du mot, notamment quand le mot, qui joue le rôle d'incitant, représente une abstraction; on note alors 0,750"-0,775". Le temps qu'il faut pour reconnaître si un objet est agréable ou désagréable comporte seulement 0,175" à 0,200". La recherche intellectuelle d'un mot dans une des catégories d'expression exige simplement 0,03" à 0,05". — L'influence de l'exercice sur les associations d'idées s'est, une fois, manifestée par le retour des mêmes conceptions, ainsi que par la fixité de la direction de l'ensemble de l'activité associative. Ainsi, en répétant les mêmes mots, qui jouent le rôle d'incitateurs, on fait reparaître plus de 50 p. 100 des associations d'idées dans les quatre premiers jours; puis, la proportion décroît rapidement; cependant, même après plusieurs mois, il en reste encore 20 à 25 p. 100 de constantes, ce qui prouve combien est stéréotypé le cadre dans lequel se meut en grande partie notre pensée. La direction du cours de nos conceptions peut être influencée de telle sorte qu'en répétant souvent un flux de propositions associatives déterminées, c'est-à-dire en associant par le langage une somme de propriétés ou d'activités données, on force l'individu, malgré sa résistance la plus énergique, à se rappeler des conceptions de même sorte pendant plusieurs minutes, voire pendant quelques jours. Inversement, la fatigue allonge le temps nécessaire aux associations d'idées, les rend difficiles; ceci est notamment vrai pour celles qui imposent de hautes exigences au travail psychique; on enregistre dans l'espèce un nombre très marquant d'associations purement extérieures en rapport avec des sons, des rimes, etc. — *Influence des médicaments.* L'éther et le nitrite d'amyle allongent d'abord, surtout l'éther, le temps que demande une association; puis, on constate une abréviation réactionnelle, surtout marquée quand on expérimente le nitrite d'amyle. Cette abrévation est peut-être moins accusée que par l'éther, à cause de la grande intensité du sommeil produit. L'alcool engendre aussi deux stades; l'abréviation du temps que réclame l'association est initiale, tandis que l'augmentation devient secondaire; ici aussi le stade d'abréviation n'est pas toujours très évident. L'alcool paraît agir sur la qualité des associations d'idées; le genre des combinaisons conceptuelles qui prédomine sous l'influence de cet agent est celui qui procède de consonnances et d'habitudes. — *Différences individuelles.* La fréquence relative des associations internes et externes; l'influence variable exercée sur les combinaisons conceptuelles par les symboles verbaux, par les souvenirs des individus, par l'ancienneté ou la nouveauté des impressions; le nombre des associations stéréotypées: voilà quel a été le fonds principal des expériences, en ce qui concerne ce paragraphe. Il est incontestable que l'appréciation de ces nuances est de la plus

grande importance pour l'intelligence de l'individualité psychique. Des divergences remarquables ont surgi, quant à la durée des associations; pour associer, M. Krœpelin met 0,170" de plus que M. Trautholdt. Certaines tâches, telles que celle de trouver une rime, font monter cette différence à 0,300"; s'agit-il, au contraire, d'associer des propriétés, la différence s'abaisse à 0; elle devient négative quand il s'agit d'associer des activités, des faits. Il est évident que, dans l'espèce, les bases générales des combinaisons conceptuelles se développent de manières tout à fait diverses. Une autre personne en expérience éprouvait une excessive difficulté à associer les propriétés, de sorte que la plus grande partie de son bagage verbal se composa de participes; en même temps, la mémoire était remarquablement faible pour ces associations. C'est à l'étude plus suivie de ces différences individuelles dans diverses directions, étude dont l'orateur attend aussi des conclusions sur bien des états psychopathiques, qu'on empruntera des documents relatifs à ces formes de transition difficiles qui ne nous fournissent encore guère de points de repère à l'appui d'une appréciation scientifique exacte.

M. Kirn (de Fribourg). *Sur les psychoses chloraliques.* — Il existe relativement peu de médicaments capables de produire, par intoxication chronique, des psychoses parfaitement développées. Citons les doses exagérées, longtemps prolongées, de nicotine, d'ergotine [1], de morphine, d'alcool. On a aussi signalé une étiologie par abus du chloroforme (quelques cas). Or, le chloral, ce proche parent du chloroforme, est également capable d'engendrer des effets toxiques aigus et chroniques. Parmi les effets aigus, il faut ranger des affections cutanées polymorphes, une hypérémie passive du système vasculaire céphalique entraînant un trouble de la connaissance, et, finalement, la paralysie du cœur. Parmi les résultats de l'empoisonnement chronique, il faut nommer de graves difficultés de la digestion, un notable affaissement de la nutrition générale, de violentes douleurs dans les membres, de légers troubles psychopathiques. Quant à la production d'*une psychose parfaite résultant du chloral*, elle n'a jamais été décrite avant M. Kirn. Voici l'observation. Un homme de trente-cinq ans, indemne de tare héréditaire, organique, ou diathésique, prend, depuis 1877, pour combattre des accès d'asthme qui reparaissent à peu près tous les huit à dix jours, 6 grammes d'hydrate de chloral associés à 5 centigrammes de morphine. Les pauses intervallaires devenant de plus en plus courtes, il finit par absorber presque journellement 8 grammes d'hydrate de chloral et 6 centigrammes de morphine (décembre 1882). Au bout de plusieurs mois d'abrutissement, on constate de l'inappétence, de la diarrhée,

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. III, p. 218 et 242 et t. VI, p. 111.

un amaigrissement progressif, du ténesme vésical, des douleurs lancinantes dans les membres et le dos, de l'insomnie, de l'affaiblissement des facultés morales, de l'aboulie, de l'agitation psychique. Le 4 juillet (admission à l'hôpital), le chloral est brusquement abandonné, tandis que l'on continue la morphine, mais à petites doses. Dans les premiers jours qui suivent, agitation excessive, hallucinations très vives, exclusivement de l'ouïe, entraînant de l'angoisse; déchéance pondérale de 20 kilogrammes; teinte anémique terreuse, expression anxieuse; pouls petit; diarrhée répétée; ténesme vésical fréquent (ni albuminurie ni glycosurie); douleurs dans les extrémités inférieures. Aggravation progressive atteignant son acmé au bout de quatre semaines : craintes perpétuelles de la mort. L'amélioration se fait sentir graduellement depuis le mois d'août; il ne reste alors que de la céphalée et des bourdonnements d'oreilles. A la fin d'août, reparaissent les accès d'asthme sans qu'il y ait de rechute au point de vue mental. Dans le courant de septembre, le taux de la santé générale est meilleur, sauf oscillations quantitatives; les hallucinations de l'ouïe, devenues rares, n'occupent pas opiniâtrément l'attention du malade; les perturbations somatiques ont rétrocédé; le patient a regagné 7 kilog. 5. — Les rapports de cause à effet semblent indubitables. L'auteur fait remarquer l'analogie frappante avec certaines psychoses alcooliques, tant à l'égard de l'époque d'apparition de phénomènes (période d'acmé correspondant à la suppression de l'excitant accoutumé) qu'en ce qui concerne la modalité symptomatique (prédominance des hallucinations de même genre que celles des buveurs persécutés); enfin le délire cesse avec la cause. — *Pathogénie.* Le chloral paralyse les petits vaisseaux encéphaliques; de la dystrophie des centres nerveux en rapport avec l'affaiblissement psychique, l'impotence morale, la dépression de l'activité cardiaque et de la nutrition générale. La suppression brusque du médicament entraîne une réaction inverse du côté de la circulation; alors apparaît un nouveau tableau morbide (hallucinations, agitation), créé par l'hypérémie. Il faut ensuite un certain temps pour que l'équilibre se rétablisse. Le pronostic dépend naturellement de la durée du trouble. Les rechutes doivent être aussi dangereuses que pour les psychoses alcooliques et morphiniques.

Discussion. — M. Schuele tendrait plutôt à rattacher les perturbations psychiques à l'abstinence. L'abus du chloral, qui n'est pas douteux, avait déprimé l'activité psychique, mais l'action du *shock* n'est pas plus démontrée que celle de la suppression brusque. Il se demande si les phénomènes pathologiques se seraient montrés de même façon si, au lieu de supprimer brutalement le chloral, on avait rétrocédé lentement.

M. Fischer, en employant à Pforzheim pendant très longtemps, chez les agités, de très hautes doses de chloral, n'a pas observé de dommages semblables.

M. Kirn réplique que le deuxième stade qui, pour lui, relève principalement de la suppression brusque, n'a dès lors aucune relation immédiate avec le chloralisme chronique. Mais le premier stade s'y rattache directement. Le deuxième est l'effet concurrent et de l'intoxication et de la suppression brusque. Il faut encore tenir compte de la réceptivité individuelle variable, suivant les personnes comme suivant les époques.

M. Jolly se rallie à cette manière de penser; elle est conforme à ses observations particulières.

Séance du 20 septembre 1883.

Présidence de M. Kirn (de Fribourg).

M. Erb (d'Heidelberg). *Remarques sur certaines formes d'atrophie névropathique* (connue sous le nom de *névrite dégénérative multiple*). — En s'appuyant sur une observation de névrite dégénérative multiple, récemment publiée par Strümpell [1], M. Erb prend pour thème la nature non inflammatoire de certains cas baptisés du nom de névrite. Il inclinerait à en rapporter la pathogénie à des troubles du côté des centres trophiques. Ce sont, du reste, moins des conclusions que des propositions encore hypothétiques qu'il formule en ces termes.

1° Il est possible et probable que des *troubles purement fonctionnels* affectant les centres trophiques de la moelle, vers la périphérie (zones des nerfs moteurs et des muscles), occasionnent des désordres anatomiquement perceptibles (atrophie dégénérative).

2° Il est possible qu'à côté de la destruction complète, de la séparation radicale des centres trophiques d'avec les tractus et postes cellulaires environnants, ces centres deviennent le siège d'autres processus pathologiques qui ne se traduisent pas fatalement, forcément, par le tableau de l'atrophie dégénérative totale de la zone d'action périphérique de ces centres.

Par conséquent, la nature périphérique de ces affections (y compris la paralysie saturnine) ne saurait encore être admise comme définitivement démontrée.

Discussion. — M. Jolly. Les cas d'hémiatrophie faciale plaident, comme l'atrophie névropathique des extrémités, en faveur d'un trouble fonctionnel sis dans les centres trophiques. La probabilité

[1] Voy. *Archives de Neurologie,* Revues analytiques.

est grande. Cependant il se peut que les cas isolés de névrite multiple dégénérative aient diverses genèses. Ainsi un de ces faits, consécutif à un rhumatisme articulaire, viendrait à l'appui de la genèse périphérique.

M. Struempell. Les hypothèses ne sauraient être substituées aux points de repère étiologiques. Bien des motifs appuieraient, dans l'espèce, l'existence d'une affection infectieuse. Il n'est aucunement impossible que la matière infectieuse spécifique se localise tantôt surtout dans les nerfs, tantôt de préférence sur les segments moteurs de la moelle, tantôt peut-être aussi en même temps sur ces deux sortes d'organes.

M. Schultze redoute les confusions. Il croit notamment que les hypothèses de M. Erb ne sont pas nécessaires pour les affections des nerfs périphériques qui procèdent par dégénération évidente. Il lui paraît difficile, en ce qui concerne la paralysie saturnine, de rattacher, à une altération fonctionnelle des cellules nerveuses ganglionnaires, la dégénérescence périphérique qui, dans les cas de longue durée de la lésion, se produit à une place déterminée, car les segments de conducteurs qui établissent la continuité entre les cellules et les morceaux de nerfs dégénérés demeurent intacts. La non-participation des nerfs sensitifs dans la paralysie saturnine n'a pas encore été démontrée.

M. Seeligmueller adhère pleinement aux idées de M. Strümpell. Déjà, dans sa monographie sur la paralysie spinale infantile, il a supposé l'infection. Il a à son actif la genèse simultanée d'une poliomyélite chez deux enfants de la même famille. Il se rappelle encore un cas observé pendant la vie, et dont l'anatomie pathologique a été décrite par Félix Marchand sous le nom de névrite parenchymateuse. La rareté des troubles sensitifs dans la paralysie saturnine s'explique par ce fait qu'au fond c'est le domaine du radial qui se trouve atteint; or, dans la paralysie traumatique du nerf radial, les troubles de la sensibilité sont, de prime abord, très faibles en intensité comme en étendue.

M. Jolly (de Strasbourg). *Sur les allures des muscles à l'égard de l'électricité statique.* — Il se sert d'une machine électrique (électricité par influence) mûe par des moteurs à eau. La disposition d'un séchoir à flamme de gaz surmonté d'une haute cheminée permet de l'utiliser par un temps humide. M. Jolly préfère solliciter les contractions musculaires par l'excitation bipolaire plutôt que par l'excitation unipolaire; il modère la force des décharges en interposant dans le circuit une chaîne variable d'étincelles, ou en employant la bouteille de Leyde. Dans trois cas d'atrophie de certains muscles à réaction faradique épuisée, il trouva un peu de diminution de l'excitabilité galvanique (contraction un peu

paresseuse) ainsi qu'un léger amoindrissement de la réaction à l'électricité statique (contractions lentes). Trois autres faits, les uns d'atrophie périphérique, les autres d'atrophie spinale, montrèrent à la fois une forte diminution de la réaction galvanique et une disparition de l'excitabilité faradique et statique. D'expériences instituées sur des lapins, il résulte que, pendant le stade d'hyperexcitabilité galvanique, il n'y avait pas d'augmentation de l'excitabilité statique, mais plutôt une légère diminution de celle-ci. D'une manière générale, on trouva que l'incitation des muscles dégénérés nécessitait une plus grande quantité d'électricité, par décharges détachées, que l'incitation des muscles bien portants.

M. Monakow (de Saint-Pétersbourg). *Recherches expérimentales sur les atrophies corticales*, avec pièces à l'appui. — Les expériences ont été pratiquées chez des lapins et des chats nouveau-nés. Pour déterminer si les atrophies secondaires périphériques survenues après l'ablation de région limitées de l'écorce dérivent bien de ces régions corticales, et non d'endroits éloignés, M. Monakow a, dans un but de contrôle, détruit les fibres de projection de ces régions corticales à l'intérieur de la capsule interne. Il prenait, avant d'agir, ses dispositions pour réussir à l'aide d'un scalpel et fonctionner juste. Chez l'animal devenu adulte (lapin), la destruction du tiers postérieur de la capsule interne, dans la région où passent les faisceaux de Gratiolet, se traduisait d'un côté par l'atrophie de la sphère visuelle, d'autre part, par les mêmes phénomènes que lorsqu'on a enlevé cette sphère elle-même. Il était toujours facile, en tenant compte de résultats expérimentaux antécédents, de savoir soupeser les lésions inintentionnées, inévitables. Or, ces causes d'erreur mises à part, l'atrophie de l'écorce de la sphère visuelle se limitait aux troisième et cinquième couches corticales, tandis que les autres couches demeuraient assez intactes. Il faut avant tout insister sur l'atrophie très prononcée des cellules pyramidales géantes. — La section (chez un chat) du faisceau pyramidal au-dessous de la capsule interne, détermine, quand on épargne la zone dite motrice, d'une part, une atrophie descendante totale du faisceau pyramidal, et d'un autre côté, une atrophie circonscrite des champs moteurs d'Hitzig. Ici aussi, l'atrophie se limite à la troisième couche de l'écorce et à une petite portion de la cinquième couche; les autres couches restent intactes. On trouve en outre une réduction générale des circonvolutions correspondantes. Comme, à la suite de quelques destructions d'ailleurs incomplètes des pyramides (moelle allongée) chez les lapins, il ne s'est pas montré d'atrophie ascendante essentielle des faisceaux pyramidaux, M. Monakow tend à mettre l'atrophie de la zone motrice sur le compte de la section des

tractus cortico-thalamiques, ou à la fois de ces derniers et des faisceaux pyramidaux.

Discussion. — M. Hitzig rappelle les travaux de Schiff. Il y a matière à rattacher l'atrophie des cellules pyramidales à une dégénérescence ascendante des fibres nerveuses sensitives sectionnées qui, sans nul doute, doivent exister à côté des fibres motrices dans les circonvolutions appartenant aux centres moteurs.

M. Kræpelin rappelle que dans les destructions périphériques des nerfs moteurs (par ex. du facial), on n'a, jusqu'à ce jour, point observé d'atrophie centripète gagnant les noyaux nerveux. Donc, il regarderait comme fort probable la relation pathogénétique entre les altérations de Monakow et la lésion des tractus sensibles.

Séance du 21 *septembre* 1883. — Présidence de M. Hitzig (de Halle).

M. Mendel (de Berlin). *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie progressive des aliénés* [1]. — Faut-il, comme le veut M. Tuczek [2], croire que, dans la paralysie générale, l'atrophie des fibres nerveuses à myéline est primitive et que tout autre altération est secondaire? L'examen de nombreux cerveaux de paralytiques généraux, fait par la méthode de Weigert, montre que les fibres nerveuses n'ont pas disparu, qu'il n'existe pas, sous ce rapport, de différence entre l'écorce des cerveaux normaux et celle des cerveaux pathologiques. (Pièces à l'appui.) Pour lui, la paralysie générale est une encéphalite interstitielle.

M. Witkowski. *Sur la névroglie.*— L'auteur rappelle que, dans un travail antérieur [3], il s'est rallié aux anatomistes qui considèrent la névroglie comme étant de nature nerveuse, et qu'il a essayé de démontrer qu'elle est proche parente de la myéline. Les raisons à l'appui sont: la coïncidence temporelle pour les deux substances de phases de développement pleines d'importance ; le passage de la myéline en des milieux d'une matière semblable à la névroglie au niveau des extrémités nerveuses (myéline fluide) et dans les dégénérescences; enfin les acquisitions de l'expérience pathologique sur le sort commun subi par les deux matières au moment de la formation de la névroglie ou à propos de certaines dégénérescences secondaires. Somme toute, depuis lors, deux communications se sont fait jour, celles de Gierke et Ranvier.

[1] Voy. les *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 367.

[2] *Id.*, t. VII, p. 365.

[3] *Id.*, t. VIII. p. 75.

— Gierke se garde, à bon droit, d'admettre l'hypothèse trop libérale des noyaux libres, parce que le système nerveux central possède beaucoup plus de cellules qu'on ne l'accepte généralement. Mais il va trop loin en rattachant tout ce qui est granuleux à un contenu cellulaire. Il oublie que le développement du système nerveux central comporte une période fondamentale dans laquelle se forme une riche substance intercellulaire. — Ranvier fait provenir toute la substance finement granuleuse de la destruction des fibres nerveuses à myéline. On sait, depuis Köelliker et W. Krause, que l'écorce grise contient un grand nombre de ces fibres, même dans les couches les plus externes. Mais ces fibres ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'expliquer l'origine de toute la substance moléculaire, et l'on ne saurait comprendre pourquoi elles ne se détruisent que dans la substance grise. Enfin, cette théorie ne nous donne pas la clef de la grande différence qui sépare la substance blanche de la substance grise (aspect, réaction; développement). — Ranvier attribue aux cellules araignées la même origine qu'aux cellules nerveuses; il les rattache au neuroépithélium. Mais l'anatomie pathologique des processus scléreux plaide suffisamment en faveur de l'origine conjonctive de ces éléments organisés qui, rigoureusement, sont en rapport avec les parois vasculaires. — Comme on ne saurait parler de cellules araignées sans toucher un mot de la paralysie générale, M. Witkowski termine par l'appréciation suivante. Au point de vue clinique, les symptômes de paralysie générale, se montrent en différentes affections à lésions diffuses (encéphalite, méningite, foyers multiples), parfois même sans qu'il existe d'état nécroscopique clair. Quant à l'anatomie pathologique de l'encéphalite chronique, les préparations, discussions et analyses de Mendel entraînent l'assentiment complet de l'orateur : il s'agit bien d'une lésion, et spécialement de l'hyperplasie, des cellules araignées, qui progresse conjointement aux parois vasculaires et particulièrement aux cellules de la tunique adventice. C'est donc aussi bien une inflammation interstitielle qu'une affection vasculaire. Les altérations décrites par Tuczek [1] ne peuvent, en tout cas, être considérées comme constantes, car M. Witkowski a pu, lui aussi, constater l'intégrité des fibres dites tangentielles dans le cerveau de paralytiques généraux.

A la suite de la discussion, alimentée par MM. Hitzig, Mendel et Witkowski, le président déclare close la dernière séance de la section. (*Allg. Zeitsch. f. Psych. XL*, 5.) P. Kéraval.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 365 et suivantes.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN[1]

Séance du 15 mars 1883.

M. Lœhr, président, ouvre la séance : il souhaite la bienvenue à MM. Hirssh (de Magdebourg) et Hasse (de Königslutter) et consacre à la mémoire de M. Weyert (d'Owinsk) des paroles de regret. L'assemblée se lève par respect pour ce membre décédé. L'ordre du jour appelle la communication de M. Zenker intitulée : *Tentative d'homicide d'une mélancolique sur son mari; inculpation de meurtre.* Une femme de trente-quatre ans coupe le cou à son mari pendant son sommeil avec un grand couteau de boucher. On l'arrête, sans qu'il vienne à l'idée de personne que son état mental puisse offrir des doutes. Toutefois on délègue le *kreisphysikus* pour examiner les blessures de la victime. L'insignifiance de ces blessures et certaines particularités relatives aux allures de l'inculpée (renseignements des voisins) sollicitent le pressentiment de l'irresponsabilité de cette femme. En conséquence, le médecin légiste demande et obtient de scruter l'état mental. Il découvre l'existence d'une mélancolie avec hallucinations sensorielles, idées de persécution, troubles de la sensibilité générale et instincts pervers. C'est pour punir son mari des mauvais traitements qu'il lui faisait endurer (coups, moqueries) qu'elle a voulu lui infliger une douleur sans le tuer.

M. Knecht prend la parole *Sur les rapports qui existent entre les anomalies de formation et les névroses dans les psychoses.* — Ce travail, publié *in extenso*, sous le titre de : *Propagation de la dégénérescence physique des criminels et rapports entre les signes de dégénérescence et les névropathies*, sera l'objet d'une analyse[2].

Discussion. — M. Jastrowitz. De nombreux individus, sans présenter de signes de dégénérescence, sont atteints de psychoses graves à caractère dégénératif : ce sont spécialement les épileptiques et les criminels. Mais la régularité et la forme du corps n'ont souvent rien à voir avec la tare psychique. Il lui paraît douteux que des anomalies déterminées du crâne (crétinisme, individus aztèques, crânes et palais étroits, asymétries) correspondent à des formes morbides dégénératives fixes.

[1] *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 419.

[2] Voy. Revues analytiques dans les *Archives de Neurologie*.

M. Schrœtter. — L'hérédité du développement est loin d'être chose sûrement établie.

M. Knecht l'a toujours constatée quand il a pu exercer un contrôle. Sous la rubrique : « Signes de dégénérescence », il a compris les mêmes éléments que Richter (de Dalldorf)[1].

M. Richter fait remarquer que ses deux cents cas n'ont trait qu'à des individus infestés par l'hérédité ; il en a exclu la paralysie générale qui, pour lui, ne constitue pas une affection héréditaire.

MM. Wiebecke et Jastrowitz croient que l'hérédité n'est pas si rare que cela dans la paralysie générale.

M. Ideler demande si les criminels en question présentaient ces anomalies de l'organe sexuel nombreuses à Dalldorf. Affirmations de M. Knecht.

M. Lœhr insiste sur l'importance statistique de l'ivrognerie chez les criminels ; on y doit puiser un argument de plus pour combattre l'ivresse.

M. Richter mentionne le genre d'hérédité caractérisé par lui à l'aide de l'expression de « cerveaux de famille » ; il s'agit de l'existence, chez les membres d'une même famille, d'un type de circonvolutions, qui, dans quelques cas, est véritablement surprenant quant aux dégénérescences proprement dites des circonvolutions chez les aliénés ; elles sont bien plus rares qu'on ne tend ordinairement à l'admettre.

M. Knecht confirme ces allégations. Dans les cerveaux de criminels, il n'a presque trouvé que de l'asymétrie, notamment des circonvolutions frontales, certains sillons se jettent les uns dans les autres, d'autres affectent une disposition radiaire.

M. Grunewald. *Communication sur un cas de trouble mental douteux.* — Elle sera publiée *in extenso*[2].

Une courte discussion s'engage à ce sujet. Il en résulte que, contrairement à l'opinion de la majorité des aliénistes réunis à Tisenach[3], la législation n'est pas suffisante.

M. Lœhr annonce que cette année le congrès des aliénistes allemands doit avoir lieu à Berlin, à l'occasion de l'exposition d'hygiène de cette ville[4]. Il demande que la Société veuille bien se joindre à la Société de psychiâtrie et maladies nerveuses de Berlin pour faire les démarches nécessaires à la réception solennelle des membres du congrès. On lui donne pleins pouvoirs à cet effet.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. V, p. 360.

[2] Nous l'analyserons alors.

[3] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. VI, p. 143.

[4] *Id.*, t. VII, p. 359.

Séance du 15 juin 1883.

La Société occupe un pavillon de l'exposition d'hygiène, fort gracieusement mis à sa disposition.

M. Lœhr, président, souhaite la bienvenue à l'assemblée. Il lit un compte rendu des travaux produits pendant l'année qui vient de s'écouler. L'addition aux statuts (du 14 déc. 1878), d'après laquelle la révision du protocole de chaque séance est confiée à deux membres éligibles tous les ans, est ainsi modifiée : cette révision sera effectuée par deux des membres présents à chaque séance.

On procède au choix du bureau. Par acclamations, M. Lœhr est choisi comme président et M. Bernhard, comme secrétaire.

M. F. Falk présente la motion que la Société s'assemble désormais régulièrement en décembre, février, avril, juin. La discussion soulevée aboutit à un rejet.

M. Oppenheim lit un long mémoire sur l'*Expression du visage chez les aliénés*. — Nous en éliminons les indications et citations bibliographiques, tout intéressantes qu'elles soient, pour en consigner le substratum déjà très fourni. — La *monotonie*, c'est-à-dire l'immobilité rigide des traits, qui dépasse certaines limites, est si fréquente, si répandue chez les aliénés qu'elle constitue un des éléments les plus importants du jugement dans la pathologie de la mimique. Chez les mélancoliques, on constate souvent le masque fixe de la douleur avec des variantes ; d'ordinaire c'est l'expression d'une douleur contenue (légère élévation de l'extrémité interne du sourcil, léger abaissement d'une des commissures buccales ou des deux, regard dirigé à terre), mais on observe aussi des désespoirs muets avec anxiété farouche. Dans la stupeur, il faut qu'on ait affaire aux formes les plus prononcées (catalepsie, tétanisation) pour que l'on note la rigidité réelle de la statue comprenant jusqu'à l'immobilité des globes oculaires ; en d'autres cas, le visage demeure fixe, mais les yeux et les paupières remuent, sans que cependant le regard se pose sur aucun objet (hébétude), ou bien c'est l'étonnement qui se trouve peint sur la face. Le mécanisme se rattache soit à l'arrêt des processus psychiques, soit à la direction de la pensée dans une voie déterminée. Pour ne pas confondre la monotonie faciale de la stupeur avec le mutisme et l'immobilité qui se relient à des hallucinations, il suffit de saisir les allures du patient ; un plissement fugitif du front, un regard de côté empreint de méfiance, un coup d'œil trahissent la communication avec le monde extérieur. Dans la folie systématique, la monotonie de la physionomie émane de conceptions délirantes fixes, et par suite, revêt toute sorte de mo-

dalités, suivant la nature de ces conceptions et leur teneur. Dans les stades avancés de la paralysie générale, l'unitonalité du masque répond à l'état de déchéance psychique, et en même temps aux troubles de la motilité ; souvent on a devant soi un sourire stéréotypé ; il est plus rare de noter l'expression du pleurard. — Le *polymorphisme* de l'expression, c'est, par définition, la succession extrêmement rapide d'expressions les plus diverses et même les plus opposées. Il se voit dans l'excitation maniaque où, tel est souvent l'afflux des idées que les sentiments correspondants ne viennent se peindre sur les traits que sous forme d'indices fugaces. Pareille ondulation relève du désordre dans les idées d'origine hallucinatoire ; la vitesse des changements de l'humeur peut être si accentuée que les muscles sont incapables de marcher du même pas, d'où l'expression égarée, tourmentée de la face. — *Inconséquence de la physionomie.* On désigne ainsi l'incohérence du jeu de la mine ; en un mot, l'expression du visage ne se rapporte pas à la teneur de la conception qui semble lui avoir donné naissance. Or, il est déjà difficile, chez des gens sains d'esprit, de déterminer les rapports entre les processus psychiques et les mouvements mimiques ; car, si, chez tous les peuples, les mouvements du visage qui traduisent la pensée sont au fond les mêmes (Darwin), il existe d'importantes variétés individuelles, il existe des visages immobiles par habitude, par dissimulation. De même, chez les aliénés, il en est qui, tout en ne délirant plus, conservent les contractions musculaires accoutumées, et, inversement, certains malades savent masquer leur délire. Malgré cela, il est évident que l'étonnement des déments et des idiots ou des débiles vient simplement de la pauvreté de leur bagage psychique, que la même expression immotivée du paralytique général procède de la même cause, à laquelle il faut joindre l'endommagement de l'appareil moteur. Le rire ou le sourire de l'aliéné n'a pas non plus toujours pour cause un processus psychique, et souvent il s'allie à un sentiment inverse ; néanmoins, l'expression de paramimie ne convient pas à ce contraste, car, à l'instant où la bouche sourit, l'idée douloureuse est interrompue par une pensée réconfortante ; ainsi, le désespéré pensera à ce moment qu'il ne peut plus rien lui arriver de pis. Dans le sourire sarcastique, la sensation de plaisir est fournie par la conscience qu'a l'individu de sa supériorité. Le sourire de l'homme embarrassé ou obséquieux correspond au sentiment de sa petitesse ; il résulte d'un amoindrissement persistant des facultés intellectuelles ou à une sorte d'enchaînement momentané des facultés. Le rire franc irrépressible de l'aliéné, au milieu d'une conversation, ne s'accompagne d'aucune expression de la face qui le fasse soupçonner ; généralement, il représente non pas une impulsion irrésistible, mais le résultat d'une hallucination. Le ricanement s'observe fré-

quemment chez les paralytiques généraux et les déments. Le sourire témoigne de divers états de déchéance psychique; il est très souvent stéréotypé; chez les hallucinés et les érotiques affectés de débilité mentale, il est hésitant; chez l'idiot, le sourire fixe ou hésitant s'accompagne d'une inclinaison de la tête qui regarde en bas. Dans bien des cas, le sourire prend sa source dans les hallucinations et dans les conceptions délirantes, même chez les déments, car il suppose une série de réflexions dont un haut degré d'infirmité intellectuelle a peine à faire les frais; en revanche, les plus dégénérés sont encore capables de sentir la petite somme de plaisir qui suffit à produire le sourire. Déments et idiots esquissent souvent un sourire d'individu gêné; il en est de même pour les épileptiques en état d'affaiblissement intellectuel, à l'époque où ils ne sont plus sous le coup d'attaques convulsives ou d'hallucinations graves. En bien des cas, il y a sous roche, dans l'espèce, une idée de présomption vaniteuse. De même que chez l'homme sain, le sourire paramimique vrai est excessivement rare; la teneur générale des idées contraste effectivement avec l'expression de la face, mais le sourire traduit, à l'instant de sa génèse, le mouvement passionnel corrélatif de l'organe central; jamais on ne voit, en tout cas, une mine éplorée chez un aliéné hanté par des conceptions gaies. En ce qui concerne l'observation d'une physionomie grave, imposante, chez un malade qui vous expose les choses du monde les plus simples, les plus innocentes, on ne saurait y contredire, cette allure ressortit aux imbéciles, et même aux gens non psychopathes. — *Les troubles dans le rapport entre le jeu de la mine et les influences extérieures* viennent de ce que les processus psychiques ne sont plus influencés du tout ou normalement par le monde extérieur, soit que les incitations n'entraînent pas de réaction, soit que les sollicitations se pervertissent dans leur trajet d'entrée ou de sortie, soit que les réflexes mimiques s'exécutent trop facilement, la physionomie ne correspondant, par exemple, à aucune excitation. Les hallucinations, les illusions, les conceptions délirantes, les entraves apportées à l'exercice du jugement entraînent toute espèce de perturbations de ce genre. Ce n'est pas des gens qui parlent seuls, qui font des gestes et prennent des poses spéciales isolément, qu'il s'agit ici ; tout individu sain, plein d'imagination, peut se jouer inconsciemment pareille comédie ; ce qui est en question, c'est la préoccupation de l'aliéné qui, loin de s'apercevoir de la scène dont il est l'acteur, continue, quoi qu'on fasse pour le distraire, la pièce à laquelle il participe. Certains hallucinés font, pendant qu'on leur cause, abstraction des manifestations sensorielles d'ordre subjectif, mais un regard de côté, un sourire sans motif, une situation spéciale de la tête et du regard trahit leur double vie. D'autres mélangent les impressions

vraies aux fausses perceptions, d'où leur aspect égaré. Il est rare de constater une insensibilité totale des malades à l'égard des agents extérieurs, tandis que d'ordinaire la réaction qui répond au stimulus extérieur est anormale en ce sens que ce dernier provoque la formation de pensées et sensations fausses; souvent, par exemple, chez les déments complets ou imparfaits, une très faible excitation déchaîne une forte réaction du côté de la mimique. Les *a parte* sont bien souvent constitués par l'expression articulée d'une seule pensée; mais, le plus habituellement, ils représentent la réponse ou la question formulée à une personne imaginaire (hallucination), et alors l'halluciné se contente de mouvoir les lèvres, parce que son interlocuteur ne lui parle que sur un ton de chuchotement; souvent même il adopte ce diapason pour le langage ordinaire, croyant que, de même que son invisible, le personnage réel n'a pas besoin d'éclats de voix pour comprendre. Les hallucinés, à la période d'affaiblissement intellectuel, répètent souvent entre les lèvres ce qu'on leur dit, tant ils sont habitués à converser avec leur moi ou avec les créatures de leur délire. Les *grimaces* reflètent, les unes, l'acmé insolite des sentiments passionnels; les autres, la participation involontaire des muscles de la face à l'action impétueuse des autres muscles du corps (état maniaque et surtout délire aigu); d'aucunes, la paralysie, l'incoordination des mouvements associés; quelques-unes, enfin, l'hérédité. Les tics localisés, ou généralisés au visage entier, des déments qui jadis étaient mélancoliques, émanent peut-être de l'habitude contractée pendant le cours du délire (ils peuvent disparaître sous l'influence de la volonté); on en rencontre de véritablement convulsifs dans les formes dégénératives de troubles psychiques. C'est à des troubles de l'innervation que doivent être rapportées les grimaces du paralytique général. Il en est de même pour les épileptiques. Des expressions bestiales particulières résultent de certaines grimaces (exagération dans les contractions de plusieurs muscles du nez, des lèvres, reniflements, etc.); les hallucinations de l'odorat et du goût en sont les fauteurs coutumiers. Chez les déments et les idiots, la série des mouvements nécessaires dans l'acte de goûter précèdent souvent l'articulation des sons (embarras, difficulté de trouver les mots). L'unilatéralité d'action de quelques muscles, l'asymétrie fonctionnelle qui engendre les expressions de dédain, de mépris, de finasserie, existe au summum dans la paralysie générale, et, à un degré plus ou moins prononcé, chez les déments de tous ordres; résultante d'un défaut d'innervation, elle entraîne une asymétrie permanente des sillons, des plis du visage, des traits en un mot, d'où une physionomie étrange, d'ailleurs immuable, qui donne aisément le change quand on se propose de diagnostiquer, à son aide, les sentiments intimes du sujet. — *Œil et regard.* L'expression brillante et lumineuse de l'homme

intelligent disparaît chez les déments (diminution de l'affectivité), s'affaiblit quand les paupières ne battent plus, devient vague en bien des cas (stupeur, hallucination, démence). Beaucoup d'hallucinés déments ne lèvent pas les yeux; leur paupière supérieure recouvre le globe oculaire; ils paraissent honteux. Distraction des hallucinés dans la conversation. Fixité anxieuse du persécuté; regard scrutateur et perçant dans ses moments d'inquiétude les plus accentués; regard hébété du paralytique général. Suivant que le globe de l'œil est plus ou moins caché par les paupières, son volume semble de dimensions moindres ou exagérées : exophthalmie apparente de certains épileptiques et paralytiques généraux; microphthalmie des stades avancés de la paralysie générale, de la démence, de l'idiotie. — En somme, si l'aliénation mentale défigure les traits du visage, il est certain qu'il est des aliénés de toutes catégories qui conservent une physionomie convenable presque jusque dans les stades terminaux de leur maladie (fous systématiques; folie circulaire). Mais, en général, l'exagération des sentiments anormaux qu'ils éprouvent, en surmenant l'activité de la charpente musculaire du visage, aboutit au même résultat qu'un demi-siècle d'impressions normales; aussi le facies de l'aliéné se sillonne-t-il de rides nombreuses, profondes, prématurées; seuls les idiots et les déments présentent une face lisse. La laideur est la règle, soit de par la contorsion des traits, soit à raison d'une expression spéciale qui déforme un beau visage (bouche béante des déments). Des troubles trophiques s'ajoutant finalement à ces perturbations, le visage apparaît bouffi de graisse (épileptiques, etc.), etc. — M. Oppenheim espère que son travail, tant incomplet soit-il, suscitera des recherches de la part des autorités scientifiques.

Le temps étant mesuré, la discussion est écartée.

M. Kahlbaum. — *Sur les affections nerveuses et mentales de la jeunesse et leur traitement pédagogique dans les établissements spéciaux.* — Dans tous les asiles, on compte actuellement un nombre croissant de jeunes malades. Tout en faisant la part de l'habileté plus grande des médecins dans l'art du diagnostic, et de leur jugement, général à notre époque, sur l'opportunité d'un traitement approprié, on est cependant obligé de reconnaître que les jeunes gens (de 14 à 25 ans) sont plus souvent malades aujourd'hui que jadis. Et alors, ou bien, quelle qu'en soit l'intensité, l'affection passe proportionnellement vite, sans qu'on ait à redouter de rechute, ou bien elle se montre très opiniâtre, même quand elle revêt une faible intensité, et, dans ce cas, la récidive est fréquente, à raison d'une guérison incomplète. On constate, en tant que formes, avant tout, la dysthymie et la vésanie (mélancolie et manie des auteurs), la catatonie (qui comprend la mé-

lancolie stupide et la mélancolie associée à des symptômes maniaques et choréiques); on note, au second plan, la folie systématique (paranoia), la dysphrénie consécutive à la fièvre typhoïde, au rhumatisme, à la malaria, la folie épileptique et épileptoïde, et l'aliénation mentale hystéroïde accompagnée ou non de conceptions irrésistibles (faiblesse nerveuse, neurasthénie). Souvent ces types ne se différencient pas de ce qu'ils sont à un âge plus avancé. Souvent aussi ils sont caractérisés par la prédominance de particularités d'ordre moral, de perversités greffées sur un arrêt ou un affaiblissement précoces des facultés intellectuelles. Telle est même, chez un grand nombre de malades, l'importance de ces deux sortes de symptômes, qu'on a, non sans raison, établi un groupe dit de la folie morale (perversités morales) et un autre groupe où la faiblesse psychique domine la scène (hébéphrénie de Kahlbaum). Ces deux groupes méritent le nom d'espèces morbides; jusqu'alors ce sont leurs allures symptomatiques et leurs rapports étiologiques et diagnostiques qui leur assurent leur autonomie; plus tard, on leur trouvera un substratum anatomique et physiologique. Il en faut tirer que bien des cas de folies qui sévissent sur la jeunesse, empruntent leur existence, soit à la modification pathologique des facultés morales, soit à un trouble dans l'évolution des facultés intellectuelles; cette genèse n'a rien de surprenant, à une période où se développent les deux ordres d'éléments psychiques en question. Les symptômes d'ordre éthique comportent l'échelle entière des faiblesses et des vices de l'humanité; les lacunes sont : les unes générales, indéterminées, polylatérales (défaut du point d'honneur, frivolité, etc.); les autres, spéciales, déterminées (kleptomanie, dipsomanie, pyromanie, etc.). Voilà pour les troubles négatifs, synonymes d'absence de sens moral. Il en existe encore de positifs; ici c'est un excès de rigorisme dont font foi la plupart des conceptions irrésistibles (mal du toucher, folie du doute, etc.). Quoi qu'il en soit, l'impossibilité, pour de tels malades, de comprendre ou de pratiquer, malgré les meilleures intentions du monde, les principes de la loi sociale éclate d'elle-même. Les perturbations intellectuelles se composent de symptômes négatifs (faiblesse psychique) ou de symptômes positifs : à côté de vides dans l'intelligence, les jeunes gens envisagés présentent une exagération de l'imagination, une aptitude, plus ou moins bien pondérée, à faire des vers, et même à composer des morceaux de poésie vraie, aptitude elle-même plus ou moins utilisable. En un mot, comme dans la scrofule et la tuberculose, on peut distinguer une hébéphrénie floride et une hébéphrénie torpide. Remarquons enfin qu'assez souvent ces manifestations s'accompagnent de processns choréiques ou choréiformes, ainsi que des signes de dégénérescence. — Presque toujours l'hérédité marque de son sceau ces psychoses; les parents

étaient des névropathes, plus rarement des fous. D'ailleurs, fréquemment, le patient a été gravement malade dans sa plus tendre enfance (fièvre typhoïde, — pneumonie, — affections céphaliques ou encéphaliques), et son état de faiblesse consécutive a été la cause d'une éducation négligée ; la mort précoce des générateurs, la mauvaise entente du ménage, la situation d'unique enfant sont également signalés comme autant de motifs d'une mauvaise éducation. — Au surplus, d'ordinaire, les jeunes aliénés de notre catégorie sont dans un état de faiblesse générale, rappelant les dystrophies, dyscrasiques ou autres ; ceux qui semblent vigoureux, puissants, doivent souffrir d'anémies locales. Signalons enfin des malaises nerveux semblables en tous points à ceux des hystériques. — Tel est le tableau complet des processus pathologiques sus-mentionnés. Chacun de ces traits doit servir de point de repère au traitement.

L'habitus extérieur de chaque individu et sa manière d'agir fournissent un premier jalon sur le mode d'application, le genre, la dose des enseignements pédagogiques à mettre en œuvre. Mais, en tout cas, tous ces jeunes aliénés doivent être occupés ; outre les occupations physiques, on prescrit soit des lectures, soit l'étude d'une branche quelconque de connaissances. Voici du reste, comment M. Kahlbaum comprend la *Pédagogie médicale des maladies nerveuses et mentales des jeunes gens*. Une première proposition la domine entièrement. Avant tout, assurer à l'économie, par le repos, le calme, la réparation préalable des forces, la plénitude de ses facultés, tout en éveillant la confiance, et en provoquant de la part du pensionnaire la demande d'une occupation. En second lieu, joindre à l'enseignement psychique, le travail mécanique et artistique afin d'harmoniser les aptitudes de l'individu. Enfin le temps et l'accoutumance sont des éléments sans lesquels on n'obtiendrait aucun résultat réel et durable, car il s'agit d'arracher le patient à des habitudes, à des instincts qui sont devenus sa seconde nature et de lui inculquer de nouvelles idées par la nouvelle existence à laquelle on le forme graduellement. De là la nécessité de professeurs spéciaux. M. Kahlbaum en a trois résidents qui vivent, parlent, travaillent avec les élèves. L'un d'eux enseigne les sciences naturelles, un autre les langues anciennes, l'allemand, l'histoire, la philosophie; le dernier, les langues modernes. Certains élèves doivent en outre être confiés à des professeurs particuliers. L'enseignement manuel et artistique est donné par un relieur, un modeleur, un cartonnier expert en fins travaux de cartonnage. De la ville viennent un peintre-dessinateur, un peintre sur porcelaine, un professeur de gymnastique, des professeurs d'horticulture. On dirige les jeunes gens sur les matières pour lesquelles ils se sentent le plus d'aptitudes ; mais, quand ils ont commencé une profession, on leur choisit une branche de con-

naissances en rapport avec elle (histoire naturelle pour les agriculteurs, etc.). En tout cas, aucun d'eux ne saurait se soustraire à l'obligation de suivre les cours de morale et de psychologie; l'enseignement des devoirs et de la nature de l'homme forme le caractère et apprend à se dominer. La division de la journée et le plan des études à faire quotidiennement ont une grande importance.

Les trois premières heures de la matinée sont consacrées à l'enseignement psychique.
Entre chaque heure, on intercale une pause de quinze minutes.
On fait ensuite le premier déjeuner: un quart d'heure.
Puis viennent, deux heures d'enseignement mécanique et artistique avant midi.
Des six après-midi de la semaine :
Deux sont remplies par des promenades en commun au dehors;
Deux par la gymnastique, des exercices, des jeux, des chants;
Deux par des travaux horticoles.

Les professeurs de science sont encore chargés de la surveillance, et participent à l'enseignement mécanique, à tour de rôle; ils font une leçon ou une conférence scientifique plusieurs fois par semaine devant les autres malades de l'établissement qui ne relèvent pas du même groupe.

Tel est le système scolaire, académique, applicable non seulement aux jeunes aliénés, mais aussi à des malades plus âgés, en convalescence. Outre que la connaissance de soi-même facilite l'exercice raisonné de la volonté, les descriptions générales sont souvent l'occasion de dire à des adultes bien des choses dont on redouterait l'exposé en tête à tête.

La lecture de ces deux mémoires ayant absorbé le temps disponible, les travaux annoncés de MM. Falk et Friedmann sont ajournés, et toute discussion devient impossible. Aussi M. Hasse propose-t-il de fixer désormais la limite des communications à vingt minutes ou trente minutes au maximum en cas d'agrément du président; chaque orateur, à l'occasion d'une discussion, ne pourra parler plus de dix minutes. Cette motion est adoptée.

La séance close, on visite l'exposition d'hygiène. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XL, 5.) P. KÉRAVAL.

OCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN[1]

Séance du 8 *janvier* 1883. — Présidence de M. Westphal.

Le bureau et les commissions de réception sont renouvelés par acclamation pour l'année 1883.

M. Remak explique, pièces en mains, le mécanisme du *grand galvanomètre à unité absolue* construit par Edelmann de Munich, déjà décrit par Ziemssen. (*Arch. f. Klin. Médic.*, t. XXX., 1882). Il se distingue des autres galvanomètres absolus par ce fait que l'installation d'une vis qui occupe la plate-forme inférieure du galvanomètre horizontal transforme *ad libitum* chaque raie divisionnaire de l'échelle décimale en un dixième de milliampère, en un milliampère, en dix, en cent milliampères (millimètres). On obtient ainsi une gomme sensible très commode pour tous les buts que l'on se propose dans l'examen, et l'on possède en somme un appareil de mensuration absolue. L'instrument se recommande par le rapide amortissement des oscillations de l'aiguille, oscillation absolument égale des deux côtés quand l'appareil est placé bien d'aplomb. La pratique journalière n'en retirera cependant de grands bénéfices que lorsqu'on se proposera d'exécuter des recherches fines, d'instituer, par exemple, un traitement sur l'acoustique; dans ce cas, la possibilité d'enregistrer des fractions de milliampère assure des avantages inconnus jusqu'alors. Mais son usage habituel exige une trop grande circonspection dans la manœuvre pour qu'il se répande; un rien peut en faire manquer le fonctionnement. En revanche, celui qui possède un galvanomètre aussi exact, arrive, en observant comparativement les oscillations de son galvanomètre vertical qui correspondent aux valeurs absolues des courants, à se confectionner un tableau empirique des plus précieux.

Discussion :

M. Bernhardt insiste sur le soin qu'il faut apporter constamment à manier le galvanomètre d'Edelmann. Il s'est dressé une table comparative qui contient les valeurs du galvanomètre vertical de Erb et celles du galvanomètre absolu d'Edelmann. Il a même trouvé, en chacun des essais institués par lui, des fluctuations numériques intéressantes, il continuera ses recherches.

M. Mendel fait sur le faisceau solitaire une communication ap-

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. VI, p. 275.

puyée par des préparations anatomiques. On sait que Benet a tout récemment prétendu que les troubles vaso-moteurs et trophiques émanaient de la lésion du faisceau solitaire. Ce faisceau, pour le professeur français, prend son origine dans le faisceau intermédiaire latéral; il fournit des fibres au pneumogastrique, au glosso-pharyngien et se rend finalement au nerf intermédiaire de Wrisberg. Or, M. Mendel, après avoir pratiqué des coupes de toute nature dans les régions en question, de l'homme, du singe et du chien, est arrivé aux résultats suivants. On reconnaît d'abord ce faisceau à la hauteur de la deuxième paire cervicale; divisé en plusieurs fascicules, il est situé à peu de distance du canal central et se trouve enfermé dans les cornes latérales; plus haut, il est rejeté un peu en dehors et en arrière du noyau de l'hypoglosse, se reporte graduellement vers les parties extrêmes et postérieures, et parvient ensuite au bord externe du noyau du pneumogastrique. C'est ici que, sur des coupes verticales et transversales, on voit à l'extrémité antérieure du noyau du pneumogastrique le faisceau s'amincir extrêmement vite; sur des coupes verticales antéropostérieures, les fibres pénètrent, en décrivant un arc de cercle légèrement convexe en avant, dans la masse grise du noyau du glossopharyngien. Aucune pièce ne démontre sûrement que le faisceau ait rien à voir avec le spinal, avec le pneumogastrique ou avec les nerfs situés au-dessus du glosso-pharyngien. Il paraît, au fond, constituer la racine ascendante du glosso-pharyngien. Au bord interne de la substance gélatineuse de la corne postérieure, on rencontre sur des coupes verticales et transversales, jusqu'aux troisième et quatrième paires cervicales, des sections transverses de faisceaux nerveux dont la forme ressemble énormément à celles du faisceau solitaire. Henle qui seul, les a signalées, les figure sous la rubrique de faisceau originel du faisceau solitaire; or, ils n'ont certainement aucune relation avec celui-ci, ils montent plus haut que ce dernier, sans que M. Mendel soit arrivé jusqu'ici à en déterminer l'extrémité supérieure.

La discussion qui s'engage à ce sujet, met en lumière la manière de voir de M. Wernicke. Le faisceau en question serait, pour lui, en rapport avec les origines du pneumogastrique; sur des coupes réussies de fibres émanées du segment du cercle postéro-interne (section transverse du faisceau solitaire), on observerait des tractus qui passeraient dans le tronc du glosso-pharyngien et du nerf vague. — M. Mendel maintient la rectitude de ses assertions.

Séance du 12 mars 1883. — Présidence de M. Westphal.

M. Pelizœus ouvre la séance par le développement de son mémoire préalablement annoncé sur le *Phénomène du genou chez les*

enfants. — Tandis que Berger (*Centralblatt d'Erlenmeyer)* a observé l'absence du phénomène du genou chez 1,59 p. 100 d'adultes; qu'Eulemburg a vu manquer ce réflexe tendineux chez 4,8 p. 100 d'hommes faits (*Verhandlung der Aerzte-Versaumlung,* session d'Eisenach), chez 5,65 p. 100 d'enfants de cinq à six ans; chez 4,21 p. 100 d'enfants de la première année de la vie; que Bloch (*Arch. f. Psych.* t. XII, p. 471) en a également constaté le défaut chez cinq enfants fréquentant l'école sur 694 (mais dans des conditions particulières indiquant la diathèse névropathique avant que l'individu examiné fût malade), Pelizœus a vu le phénomène du genou ne manquer que chez 0,4 p. 1000[1].

Une discussion prend naissance entre MM. Meyer, Remak, Westphal, Pelizœus. Elle montre qu'il faut se garder d'illusion pouvant prendre leur source dans le malin plaisir d'imitation que se donnent les garçons assis en série pour être examinés (Meyer); qu'on parera à toute difficulté en faisant coucher sur le dos ces individus en question, la jambe étant maintenue à demi-fléchie (Remak); qu'il importe de réitérer à plusieurs reprises espacées ses recherches sur un même sujet, parce que diverses circonstances telles que la température, la fatigue, la marche antérieure, une tension involontaire, peuvent manifestement exercer une certaine influence sur le mode de réaction (Westphal). En tout cas, des investigations de Pelizœus, il ressort que le phénomène du genou est une manifestation commune normale. C'est ce qui confirme le faible nombre des exceptions relatées; mais en même temps ces quelques exceptions engagent à rechercher les particularités capables d'en fournir la clef. Le renforcement bilatéral du phénomène n'entraîne pas de conclusions spéciales, car il peut aussi être très marqué chez des individus névropathiques.

M. Wernicke prend ensuite la parole *sur un cas de tabes avec symptômes encéphaliques d'une lésion en foyer.* Un homme de cinquante et un ans, malade depuis cinq ans, présentait depuis trois ans des troubles de la marche. Quatorze jours avant son entrée à l'hôpital, il était obligé de s'aliter. Auparavant il avait présenté de la diplopie, mais, à l'époque de son admission on ne constatait ni inégalité pupillaire, ni aucun autre symptôme cérébral; le tabes était très accusé. Le 22 sept. 1881, on pratiquait sans succès l'élongation des deux sciatiques. Quelques mois plus tard, survenait un court accès convulsif accompagné de perte de connaissance sans autre inconvénient; trois jours après, nouvelle attaque semblable, mais cette fois, aphasie sensorielle (surdité verbale). Graduellement l'intelligence s'altère, plusieurs accès convulsifs se montrent

[1] Ce travail, publié *in extenso* ailleurs, se trouve analysé dans les Revues analytiques.

encore, la démence arrive et la mort a lieu au milieu du tableau clinique de la paralysie générale. — *Autopsie*. Adhérences corticales caractéristiques. Tout le lobe temporal gauche (étroitesse et aplatissement des circonvolutions) est altéré ; on trouve en outre dans sa moitié antérieure, étendu d'avant en arrière, un foyer de ramollissement brunâtre du volume d'une prune. L'orateur conclut à l'existence d'un ramollissement inflammatoire ; le pourtour du foyer, très vasculaire et très injecté, est, de même que le fond même de la lésion, infiltré de cellules granuleuses : ces altérations présentent dans l'écorce une étendue plus large que dans la substance blanche ; dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses dans leur voisinage. Les cordons postérieurs de la moelle offrent la dégénérescence grise.

Discussion :

M. Westphal croit que c'est un cas de paralysie générale ayant commencé par des tabes, et qu'il s'est compliqué de la formation d'un foyer dans le lobe temporal gauche. Il est possible, ajoute-t-il, que ce foyer ait occasionné l'aphasie et les accès convulsifs ; mais la chose n'est pas démontrée parce que les mêmes manifestations se montrent aussi, comme l'on sait, dans cette maladie, sans qu'il existe d'affection en foyer.

M. Mendel demande si l'on a procédé à l'investigation microscocopique exacte de l'écorce du cerveau, et si, dans la moelle les cordons postérieurs étaient seuls altérés.

M. Wernicke affirme à nouveau qu'il s'agit d'un cas de tabes compliqué d'affection en foyer tout spéciale, dont l'origine première était une hémorrhagie.

M. Rabow. *Contribution à la casuistique de la sensation sexuelle contraire* (Inversion du sens génital)[1]. — L'auteur rapporte les confidences extrêmement intéressantes d'un homme jeune qui, dès sa jeunesse, se sentait irrésistiblement attiré vers le sexe masculin.

Discussion :

M. Westphal mentionne le cas d'un Américain qui, tout marié qu'il était, présentait un instinct irrésistible à se revêtir de vêtements et de bottines de femme, à porter un corset. Son père, comme dans le fait de M. Rabow, se suicida. Ici aussi l'empâtement, le pathos du style et l'indignation morale sont caractéristiques. M. Westphal n'a vu qu'une fois en des observations semblables des lésions testiculaires (atrophie). Il ne croit pas que la

Voy. *Archives de Neurologie*, t. III, p. 53 ; t. IVI p. 132 ; t. V, p. 374 et 375 ; t. VI, p. 268.

castration réussisse le moins du monde dans cette anomalie mentale. — Meyer, au contraire, pense que peut-être une opération de cette sorte agirait utilement, de même que l'extirpation des ovaires dans l'hystérie. — Hirschberg demande combien de malades se sont suicidés; il en connaît un fait communiqué par Hutchinson. — A une interpellation de Bernhardt, M. Westphal reprend qu'on doit tendre, à l'aide de moyens connus, à modérer l'impulsion sexuelle; contre l'anomalie psychique, il n'y a pas de remède.

Séance du 9 avril 1883. — Présidence de M. Westphal.

M. Kortum décrit à la Société *l'état anatomique de l'encéphale d'une idiote avec pièces à l'appui* : ces pièces proviennent d'une fillette de quinze ans, idiote dès sa plus tendre enfance. On avait noté pendant la vie, les rudiments les plus inférieurs de l'intelligence (absence presque totale de la parole, etc.), un développement somatique extrêmement restreint, une paralysie totale des deux extrémités, supérieure et inférieure, du côté droit. En même temps, il existait une contracture incoercible en flexion du coude et de l'articulation radio-cubitale inférieure d'un côté, et du genou opposé; pied-bot varus-équin à droite. Les régions paralysées et atrophiées étaient simultanément insensibles. En agissant sur les doigts et les orteils du côté gauche, on provoquait des mouvements associés de même que dans les organes homonymes du côté paralysé. L'enfant mourut d'une diphthérie au cours de laquelle elle présenta, à trois reprises différentes, des accès d'épilepsie. *Autopsie* : L'encéphale dans son entier est diminué de volume; il ne pèse que 675 grammes; la réduction est excessive dans l'hémisphère cérébral gauche; il y a en outre asymétrie des sillons et des circonvolutions des deux hémisphères. Cet arrêt de développement est dû à une sclérose atrophique des circonvolutions, quelles qu'elles fussent. La sclérose porte surtout : à gauche, sur la première externe antérieure et postérieure (première frontale), sur le lobule paracentral, sur l'origine de la seconde et de la troisième frontale, sur l'opuscule entier, sur la partie antérieure du lobule pariétal supérieur, sur le lobule supersmarginal (pariétal inférieur de Richer) sur presque tout le lobe occipital — à droite, sur le lobe occipital presque entier, sur la circonvolution du corps calleux. Brièveté et minceur de ce dernier, notamment dans sa partie postérieure. L'orateur entre ensuite dans le détail de l'étiologie et de la pathogénie, il rapproche également les phénomènes observés pendant la vie de l'état nécroscopique décrit.

M. Mendel traite : *De la Paranoia secondaire*. Le mot grec *παρανοια*, synonyme de folie systématique, a sur cette expression l'avantage qu'il n'est pas compris du public. C'est Heinroth qui s'en ser-

vit pour la première fois. Zeller fut l'auteur qui distingua une forme primitive et une forme secondaire de la maladie (issue par exemple de la mélancolie), Griesinger qui, au début, ne reconnaissait que la forme secondaire, finit, à la suite des travaux de Snell, par admettre une paranoia primitive. Puis vint Sander qui décrivit un genre spécial de cette forme primitive, sous le nom de folie systématique «originaire». En 1876, Westphal, le premier, exposa avec netteté ce qu'il faut entendre par la locution de folie systématique, il en étudia le développement et contesta qu'elle pût émaner de la mélancolie. Koch rejeta également l'idée de la folie systématique secondaire. Pour Mendel, la paranoia secondaire est rare, car il n'en connaît que cinq cas sur cent cinquante faits ; mais elle existe. Il en communique trois observations relatives au sexe féminin, dans lesquelles il s'agit d'une folie systématique s'étant développée à la suite de syndrômes mélancoliques arrivés, selon toute apparence, au terme définitif de leur évolution, syndrômes mélancoliques eux-mêmes primitifs sans aucun doute. M. Mendel fait ressortir la ressemblance apparente entre les manifestations et les conceptions délirantes des mélancoliques et des fous systématiques; la différence qui sépare ces deux genres d'aliénation mentale réside dans ce fait que le lypémaniaque trouve en lui-même la matière de ses plaintes, de ses accusations, tandis que le monomane les puise dans le monde extérieur.

La *discussion* sur ce sujet est ajournée.

M. Bernhardt clôt l'ordre du jour en présentant à l'assemblée le *galvanomètre de poche* d'Edelmann. Ziemssen l'a déjà décrit dans le tome XXX des *Deutsch. Arch. f. Klin. med.*, 1882, mais depuis, l'instrument a, sur des indications du docteur Stirtzing (de Munich), subi les améliorations suivantes. L'aimant en fer à cheval a été entouré d'un modérateur cylindrique creux, d'une épaisseur convenable, qui détermine rapidement le retour à la position d'équilibre de l'aiguille magnétique déviée sous l'influence du courant. En second lieu, on rencontre à l'intérieur un appareil de fermeture accessoire qui diminuant d'un dixième des tours de spire du galvanomètre, permet l'estimation de courants dix fois plus forts que ceux pour lesquels a, dans le principe été établi l'instrument. — Une vis est en communication avec cet appareil de fermeture. Quand on n'y touche pas, il faut sur l'échelle lire de 0 à 2 milliampères en passant par des dixièmes, on peut même apprécier les centièmes. Si au contraire on attire la vis, il faut compter de 0 à 20 milliampères. Comparé au grand galvanomètre, le galvanomètre de poche coûte trois fois moins, et est facile à transporter sans inconvénient. Intercalé dans le circuit de n'importe quelle batterie, il met l'expérimentateur à même d'évaluer la force du courant en unités absolues.

Séance du 11 *juin* 1883. — Présidence de M. Westphal.

M. Richter (de Dalldorf) apporte à la Société l'encéphale d'un homme de cinquante-deux ans atteint de *folie systématique hallucinatoire,* dans lequel il a trouvé *trois foyers hémorrhagiques.* Le patient, né en 1829, indemne de toute hérédité (on ne signale dans son arbre généalogique qu'un frère qui était buveur) entre pour la première fois à la Charité, d'où il est transféré à l'asile, en août 1881. On porte alors le diagnostic de folie systématique hallucinatoire. Il en sort non guéri. Deuxième entrée en septembre de la même année; état mental identique compliqué de formications dans la main gauche et d'une sensation veloutée toute particulière sur la peau de l'oreille gauche, qui seraient apparues à la suite d'une attaque accompagnée de vomissements: affaiblissement de la vision, qui nécessite le port de lunettes-conserves n° 16, l'acuité visuelle de l'œil gauche étant moindre que celle de l'œil droit. Renvoi sans guérison, en janvier 1882. — Troisième entrée en décembre 1882; à ce moment, le fond de l'œil ne présente que de la pâleur des papilles, un état trouble de moyenne intensité de la rétine, un rétrécissement assez prononcé des vaisseaux rétiniens. Cette fois, les phénomènes subjectifs déjà décrits sont doublés de tics prenant leur origine dans l'appareil dentaire; le malade ne peut s'empêcher de faire les mouvements maxillaires, linguaux et palatins d'un homme qui goûte ; quand il mord dans un aliment, il lui semble qu'il coupe une rave ou un morceau de charbon, que ces substances crient sous la dent, etc...; insomnie entretenue par des envies incessantes d'uriner. Le 14 janvier, vomissements; le soir, la température est des plus normale, de telle sorte que tout diagnostic reste impossible jusqu'au 19; ce jour-là, le malade quitte le lit; mais, le 21, on l'y retrouve en état de stertor, avec de l'écume à la bouche; les extrémités gauches ne résistent que faiblement à l'action qu'on prétend exercer sur elles; c'est à peine si leur pincement provoque quelques mouvements; les régions céphaliques ne présentent aucune espèce de phénomènes paralytiques; les pupilles sont égales et réagissent bien. Le 22, même état. Le 24, état normal. Le 25, hémiplégie faciale du côté gauche; amblyopie bilatérale très nette; les pupilles égales réagissent parfaitement, mais le champ visuel est extrêmement restreint à gauche, car le patient ne voit que lorsque l'objet atteint le voisinage immédiat du point de fixation. Le 30, stupeur très prononcée. Le 3 février, nouveaux vomissements; somnolence excessive, soif intense. Le 12, la jambe gauche reste en arrière pendant la marche. Le 13, vomissements, chute suivie d'un assoupissement profond, résistant à toute sorte de sollicitations; les

membres soulevés retombent comme s'ils avaient la lourdeur du plomb; peu de réaction aux excitations douloureuses. Mort. — *Autopsie*. L'hémiplégie droite contient trois hémorrhagies de divers âges. La plus vieille (coloration jaune) siège dans le lobe temporal droit qu'elle a détruit, en s'étendant jusqu'au voisinage du pédoncule cérébral; la seconde (de couleur brun-rouge) occupe la paroi externe de la corne postérieure du ventricule latéral droit, sans avoir ni pénétré dans le ventricule (épendyme complètement intact), ni détruit les circonvolutions limitrophes extérieures (lobule pariétal inférieur et lobule du pli courbe de Richer); enkystée dans une sorte de membrane, elle mesure 7 centimètres de diamètre antéropostérieur, 4 centimètres de diamètre vertical, 1 centimètre et demi de diamètre transverse et se termine de 4 centimètres et demi de la pointe du lobe occipital; la troisième est constituée par un coagulum récent qui remplit les troisième et quatrième ventricules et a déchiré les pédoncules cérébraux, surtout celui de droite. — L'auteur attribue au lobe temporal droit l'amblyopie de l'œil gauche, les formications de la main et les sensations de la région auriculaire du même côté, ainsi que les perceptions subjectives de l'appareil dentaire. Il rattache l'hémiplégie gauche et les paralysies des extrémités et du facial de côté, à la destruction des fibres qui, de la couche optique, gagnent le lobule occipital. La pathogénie des foyers proviendrait, pour lui, d'embolies. On constatait, en outre, des reins granuleux, contractés, et un cœur volumineux.

L'ordre du jour appelle la discussion relative au travail de M. Mendel sur la *Paranoia*.

M. Jastrowitz n'a jamais vu une mélancolie vraie se transformer en folie systématique, mais il a vu des fous systématiques, à une période avancée de leur maladie (démence), être tourmentés par des conceptions lypémaniaques teintées d'hypochondrie.

M. Westphal reconnaît qu'à l'inverse de ce qui se passe dans la folie systématique, les mélancoliques s'accusent eux-mêmes, mais des plaintes peuvent aussi s'observer chez le fou systématique; elles émanent alors d'idées de persécution et sont provoquées par des hallucinations sensorielles. Ce n'est donc pas la teneur des idées délirantes, c'est leur genèse qui est prépondérante. Comme, dans les cas de Mendel, il s'est écoulé un certain intervalle entre le temps de l'existence de la mélancolie et l'époque d'apparition de de la folie systématique, ultérieure, on pourrait croire que le même individu a été successivement atteint de diverses psychoses indépendantes les unes des autres. Car les faits mêmes où la constatation d'un enchaînement direct paraît nettement ressortir sont passibles de l'objection suivante : lorsque la folie systématique a semblé prendre son origine dans une mélancolie, on a toujours relevé en

même temps des idées hypochondriaques ; or, celles-ci ont invariablement constitué le point de départ des conceptions ultérieures de la folie systématique.

M. Mœli insiste sur l'alternance dans un certain nombre de perturbations mentales (alcooliques, puerpérales, consécutives à la masturbation) d'auto-accusations lypémaniaques, et d'idées de persécution; les cas chroniques eux-mêmes démontrent la réalité de cette assertion. Presque toujours, chez les mélancoliques qui s'accusent, pleurent, se lamentent sur leur sort, on trouve qu'ils ont été, pendant une période préalable plus ou moins longue, le jouet d'hallucinations; ils entendaient des voix, se croyaient poursuivis ou caressaient des projets originaux, impraticables. La teneur des idées délirantes ne saurait servir de base à une division entre la mélancolie et la folie systématique.

Ce n'est pas, réplique M. Mendel, la teneur, mais bien la genèse des conceptions délirantes qu'il invoque. L'intervalle qui s'est écoulé entre la mélancolie et la folie systématique n'a jamais été chez ses malades une période de parfaite santé; le nouveau complexus psychique s'est montré dès la première semaine qui s'écoulait après l'état lypémaniaque. Il est extrêmement difficile de démontrer l'enchaînement psychopathique pour chaque cas particulier, mais l'un de ces cas est clair. Ainsi, une femme mélancolique se met tout à coup à accuser ses parents et devient alors la terreur de la maison; plus tard se développent des idées de persécution et de la mégalomanie. Sans doute, deux de ces observations témoignent de conceptions hypochondriaques qui dominent la scène; mais qui pourra saisir la ligne de démarcation qui tranche entre la mélancolie pure et la mélancolie hypochondriaque? Les exemples de Mœli doivent être écartés parce qu'il s'agit de déments. — M. Mœli s'inscrit alors contre cette interprétation de M. Mendel; il y avait dans l'espèce non pas affaiblissement intellectuel, mais abandon et manque de confiance en soi-même.

M. Falk traite de la *guérison d'une psychose durant depuis des années*. L'observation rapportée par l'orateur prouve la nécessité d'être très circonspect avant de prendre une décision en matière de divorce pour cause d'aliénation mentale. En effet, la ménopause s'accompagna, dans l'espèce, de la guérison complète d'un trouble psychique ayant débuté en 1855, et ayant nécessité une interdiction de *vingt et un ans*. C'est au début de sa soixantième année que le malade se rétablit sans que, depuis deux ans que cet heureux résultat a eu lieu, l'état normal ait, en quoi que ce fût, été modifié. — M. Falk ajoute à ce fait l'histoire d'une rémission chez un paralytique général de trente-huit ans. Ce fut au bout de mois de séjour dans un asile que l'amélioration fut assez pro-

noncée pour nécessiter la sortie. Il y a de cela quatre ans et la santé est demeurée parfaite.

M. Gnauck rappelle à ce propos à la Société que, quelle que soit la perfection des rémissions dans la paralysie générale, l'étude de récidives s'oppose à ce qu'on prononce le mot de guérison, d'autant plus qu'on doit toujours se demander si l'on a affaire à une paralysie générale classique, ou si l'on n'a pas sous les yeux des affections semblables à complexus symptomatique presque identique.

M. Westphal pense que les maladies mentales les plus anciennes peuvent effectivement guérir, notamment sous l'influence d'une affection intercurrente aiguë, ou à l'époque de la ménopause. C'est par années qu'il faut compter avant de prononcer l'épithète d'incurable. Quant à la paralysie générale, il est exact que l'on se trouve souvent en présence de rémissions de longue durée, mais il ne croit pas à la guérison réelle. La folie congestive serait, pour lui, une invention de M. Baillarger, et rien de plus. P. K.

VARIA

Relation d'un voyage psychiatrique en Danemark, en Suède et en Norvège (*Suite*) [1];

Par le Dr CLAUS (de l'asile de Sachsenberg).

II. *Hôpital Conradsberg* de Stockholm. Médecin en chef : professeur Oehrstrœm. — Cet asile d'aliénés s'élève sur le territoire de deux anciens domaines, celui de Conradsberg et celui d'Hedwigsberg. Ouvert le 29 novembre 1861, avec 101 malades, la plupart fournis par transfert de l'ancien asile de Stockholm (maison de fous de Danviks), il a coûté, tant pour sa construction que pour l'achat des deux domaines, 855,684 couronnes 75 œres [2] (1,197,958 fr.) Le nombre des malades a progressé si bien qu'au début de 1882 il contenait 139 hommes et 117 femmes payant les trois prix de pension déjà indiqués.

L'établissement occupe, dans l'île de Kungsholm, sur le lac Mälar, une hauteur. On l'atteint en un quart d'heure, après avoir

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 278 et 398; t. VIII, p. 109.

[2] Nous rappelons que la couronne vaut 100 œres ou 1 fr. 40 c.

quitté la station terminale du tramway qui conduit au faubourg de Kungsholm. Le territoire extérieur de la propriété, en partie placé entre deux routes départementales très fréquentées, est limité par une haie élevée. Le corps de bâtiment principal présente une façade de 550 pieds de long dirigée vers le nord-ouest. L'architecture en est riche, ouvragée, et les constructions du milieu lancent dans les airs une tour imposante. On remarque aussi un perron élevé, et de grandes fenêtres à plein cintre. Le front principal des bâtiments, qui est en même temps le plus long, contient dans les constructions médianes, à deux étages, les habitations du médecin en chef et du médecin-adjoint, les diverses salles de l'administration, le temple. Puis, de chaque côté, se dressent les corps de logis des malades qui, eux, n'ont qu'un étage : à gauche les hommes ; à droite les femmes. Tout près du bâtiment du milieu, est la section des pensionnaires de première classe; puis, vient celle des tranquilles et propres des deux dernières classes. Ceux-ci habitent encore en partie dans les ailes latérales plus petites qui divergent à angle droit, et contiennent en outre la section des déments tranquilles et malpropres. Une quatrième et une cinquième section sont reléguées, de chaque côté, dans un édifice qui n'a qu'un rez-de-chaussée; elles ont trait aux agités et aux tapageurs : cet édifice forme un autre angle droit, par rapport aux ailes latérales, dont le sépare un étroit corridor. Chaque section possède son promenoir extérieur, enclos d'une palissade en taquets (tranquilles) ou d'une enceinte de planches larges mesurant 4 mètres et demi de hauteur (agités). — Les lieux d'habitation des malades sont très propres. Il existe des salles de jour et des réfectoires séparés très ornés de gravures et de fleurs, même pour les pensionnaires des deux dernières classes. Dans le quartier des hommes, quelques ménages de gardiens sans enfants tiennent, par les soins des femmes, les appartements en bon état : on se loue beaucoup de cette disposition. — Les dortoirs sont contigus aux locaux du jour. Les lits sont en bois, mais on projette d'en mettre en fer. Ceux des gâteux sont recouverts d'un enduit blanc sur fond rouge, on les visite soigneusement une fois par semaine. Un pot de chambre en porcelaine sous chaque lit. Les fenêtres ne sont armées de grilles que dans la section des agités; ailleurs, les croisillons en sont très solides et divisent longitudinalement les carreaux, de telle sorte que l'intervalle de deux d'entre eux ne puisse admettre la tête. Les agités sont chauffés à l'eau chaude; elle circule, suivant le procédé de Léon Duvoir, dans des tuyaux en fer, entre le sous-sol et le grenier : cet excellent système n'assure pas la ventilation, aussi faut-il ouvrir souvent les fenêtres. Autre part, dans l'établissement, ce sont les poêles de faïence qui fonctionnent (bois). Eclairage au pétrole. Fosses mobiles désinfectées au phénol et au chlorure de chaux. Une conduite apporte l'eau partout, la pression nécessaire

est produite par la machine à vapeur placée près du lac. La cuisine se fait à la vapeur; ses locaux occupent une construction à rez-de-chaussée annexée en arrière du corps de logis médian. Les chambres de bains contiennent des baignoires en bois enduites de couleurs à l'huile. — A l'origine, il y avait, de chaque côté, huit cellules pour les maniaques en état de fureur, et, dans la quatrième section, cinq petites chambres pour un ou deux patients. Dans ces derniers temps, on a augmenté le nombre des cellules; il atteint maintenant 25 p. 100 et l'on s'occupe encore actuellement d'exécuter les constructions que comporte cette augmentation. Les cellules un peu petites, au moins quelques-unes, ont leurs lits fixés au sol, elles sont enduites de couleurs à l'huile, renouvelées tous les deux mois. L'éclairage provient d'une étroite fenêtre grillée, sise en haut et sur le côté. Des portes doubles percées d'un judas, avec verroux, en haut comme en bas, sont chargées de la fermeture. Toute cellule possède ses latrines dont le siège est percé d'une ouverture allongée, assez étroite. Depuis quelque temps, le directeur, pour empêcher que les malades ne détruisent et ne frappent à l'aide du couvercle, l'a remplacé par un coussin en étoffe très solide, vernie. Mais on lui a donné de trop grandes dimensions; il pourrait en guise d'escabeau, permettre d'atteindre la fenêtre. Les cellules sont chauffées par le moyen de l'eau chaude; les tuyaux conducteurs passent sous le plancher pourvu d'ouvertures convenablement aménagées.

Le personnel médical comprend un médecin en chef et un médecin-adjoint. Les médicaments viennent de Stockholm. On tient volontiers au lit les mélancoliques. On ne mettrait en usage les moyens de contrainte que pour cinq à six cas par an. Rareté des évasions et des suicides. Un gardien et une gardienne en chef surveillent un gardien par huit malades; le traitement est de 300 couronnes (420 fr.) pour les employés hommes de ce genre, et de 200 couronnes (280 fr.) pour les employées femmes.

L'aire de l'établissement comporte un peu plus de 23 hectares 82. La plus grande part du sol cultivé forme des jardins. Le nombre des journées de travail s'est, en 1880, pour une moyenne de 254 malades, élevé, à 23,831; soit: 10,700 faites par les hommes et 13,131 faites par les femmes.

Résumé du budget pour l'année 1880	Recettes : 73,186 couronnes 82 œres (102.461 fr.).
	Dépenses: 117,911 couronnes 41 œres (165,075 fr.).

Mouvement de la population de 1862 en 1881, c'est-à-dire pendant une période de 20 ans.	Nombre total de pensionnaires : 1,229, dont 140 admis à plusieurs reprises.		
	Résultats du traitement.	RENVOIS	Guéris........ 487, soit 39,63 p. 100
			Améliorés.... 68, soit 5,53
			Non améliorés. 9,36
			Morts.......... 303, soit 24,65
	Demeurés à l'établissement. 256, soit 20,83.		

III. *Hôpital central d'Upsala.* — A une demi-heure d'Upsala, situé sur les rives d'un canal, cet asile occupe un terrain fertile un peu en pente. Sa façade principale se dirige vers le nord-ouest. Il résulte de l'utilisation, il y a environ soixante ans, de vieux locaux hospitaliers. Les divers quartiers de malades et les constructions agricoles consistent en une série de bâtiments disséminés, la plupart à un étage, portant l'empreinte de leur ancienneté, anguleux et resserrés. Dans les dernières années on a, au sud-est du vieil établissement, élevé un nouvel édifice, uniquement destiné aux hommes, qui doit porter le nombre des places à 425 et, par suite, transformer l'hôpital d'Upsala en le plus grand asile d'aliénés de la Suède; l'ensemble de la dépense atteindra, après l'installation complète, 1,050,000 couronnes (1,470,000 fr.). Ceci fait, les vieux bâtiments seront exclusivement réservés aux femmes. Actuellement, l'établissement n'a de pensionnaires que de deuxième et troisième classes, mais l'on projette d'ajouter, en temps opportun, à la nouvelle construction, quelques ailes latérales pour la première classe. La population présente est de 109 femmes et 100 hommes. — Les récents bâtiments sont à deux étages. Enduits de blanc et couverts en ardoises, ils se composent de plusieurs ailes qui forment l'U. Au milieu, se dresse le corps de logis de l'administration; en dehors résident les aliénés calmes, les aliénés agités et les maniaques en état de fureur; de chaque côté, prennent place quatorze cellules, un peu petites, comme dans le vieil asile qui en compte vingt. Ces cellules, à parois cimentées, sont éclairées latéralement par des ouvertures à fortes grilles, généralement pratiquées dans les régions supérieures. Elles possèdent des lieux d'aisances et sont munies de doubles portes, sans judas d'observation. Chauffage à l'eau chaude; les tuyaux parcourent librement le plafond, ce qui constitue un appel aux suicides. Les autres quartiers ont des poêles en faïence ordinaire (bois). — Les salles de jour et les dortoirs sont en partie scindés par des séparations verticales. Chez les agités, les fenêtres sont grillées; ailleurs, leurs croisées sont consolidées par des tringles en fer. Eclairage, latrines, bains comme à Conradsberg. Une conduite d'eau amène d'une source l'eau potable, bonne et en quantité suffisante, par l'intermédiaire d'une machine élévatoire. La vapeur sert à la cuisine et à la buanderie. Les promenoirs placés extérieurement sont entourés d'un mur ou d'une palissade de planches.

Service médical : un médecin en chef, un médecin adjoint, un élève en médecine. Pas de pharmacie. Tous les paralytiques généraux, considérés par le directeur comme autant de syphilitiques, sont traités au moyen de frictions mercurielles, sans qu'on mentionne d'ailleurs de guérisons.

Un pasteur habite Upsala. Un gardien par dix malades. Un

gardien et une gardienne en chef. Evasions rares. Un suicide l'année précédente.

La superficie de l'asile est de 8 hect. 82. Culture à la bêche. Journées de travail, en 1880, pour une moyenne de 183 malades = 25,904, dont 12,431 attribuées aux hommes, 13,473 attribuées aux femmes. On donne de petites fêtes à des intervalles convenables.

Budget en 1880	Recettes : 37,082 couronnes 12 œres (51,915 fr.).
	Dépenses : 93,551 couronnes 80 œres (130,972 fr. 50).

Mouvement de la population en 1880.	Présents au 1er janvier: 233.	
	Guérisons	19,73 p. 100.
	Améliorations	5,83.
	Non guéris.	0,45.
	Morts	1,35.

IV. *Hôpital de Wexiö.* — Situé dans la province de Smaaland, à vingt minutes environ de Wexiö, sur une hauteur, il a sa façade principale dirigée vers le nord-est. Wexiö, à l'extrémité nord du lac du même nom, est une station de chemin de fer et une petite ville bien construite de 4,000 habitants. C'est là qu'a passé ses dernières années, c'est là qu'est enterré le plus grand poète de la Suède, Esaias Tegnér. L'établissement qui nous occupe existe depuis vingt-cinq ans. Il compte 115 hommes et 105 femmes. Le bâtiment principal est tout en longueur. L'édifice du milieu, à deux étages, contient les locaux affectés aux malades de la première classe, et ceux des bureaux; puis viennent les aliénés tranquilles des deuxième et troisième classes, à droite pour les femmes, à gauche pour les hommes, en deux longues ailes latérales d'un étage, auxquelles s'ajoute, à angle droit, une aile de deux étages. Enduit blanc; couverture en ardoises; pas d'ornement architectural. En arrière de la construction principale, un corps de logis spécial renferme les cellules, vingt-huit pour chaque sexe. A droite des corps de bâtiment centraux, existe une maison d'ateliers avec la salle d'autopsies; à gauche, on voit l'habitation du médecin-adjoint, avec le temple, et plus loin, en dehors, divers édifices agricoles. L'asile est entouré d'une épaisse grille en palissade, élevée et noire; l'entourage des promenoirs du quartier cellulaire est formé de planches en bois, élevées, peintes en rouge.

Les locaux d'habitation des pensionnaires de troisième classe sont très simples; plus riants sont ceux des malades de meilleure condition. On mange dans les corridors, mais il y a des salles de jour spéciales. Les dortoirs sont en partie contigus aux salles de jour. Les lits en bois ont 62 centim. de large, soit 10 centim. de moins que dans les autres établissements. Les gâteux sont suspendus avec les pièces de la literie dans des hamacs de toile à voile solide, à la partie supérieure de la caisse du lit; on les assujettit

avec des ceintures: on évite ainsi au patient la sensation de froid produite par l'humidité du réceptacle. Fenêtres grillées ou dont les croisillons sont renforcés par des barres de fer. Eclairage au pétrole. Système des fosses mobiles. Une machine élévatoire pompe dans un puits, sis au sous-sol du bâtiment principal, l'eau nécessaire aux usages domestiques, et la distribue à l'aide d'une conduite. Cette machine fournit de la vapeur à la cuisine, à la buanderie, et le chauffage à l'eau chaude. Baignoires en bois. Les lavabos sont disposés de telle sorte que les bassins métalliques soient simultanément remplis et évacués. Une simple pompe voisine donne l'eau potable. On supplée à l'insuffisance du chauffage à l'eau chaude par des poêles en faïence qui, dans les cellules, sont entourés d'un grillage en bois. Les cellules, petites, à parois cimentées, contiennent des lits assujettis au sol et une latrine; elles jouissent de l'éclairage latéral par l'intermédiaire d'une ouverture étroite et élevée.

L'établissement possède un médecin en chef et un médecin-adjoint. Ce dernier habite la ville et s'occupe d'une clientèle très nombreuse. Le pasteur habite aussi Wexiö. L'asile a son cimetière. Les médicaments sont tirés de la ville. La superficie du terrain est à peu près de 6 hect. 61 dont une portion est affermée. Il n'y a pas de bétail, mais le médecin en chef et l'intendant ont chacun à leur service privé un cheval et deux vaches. Le système des adjudications préside à la fourniture des denrées alimentaires. Journées de travail en 1880: 8,630 pour les hommes (20 à 30 hommes), et tissage de 5,072 pieds d'étoffe par 35 à 40 femmes.

Mouvement de la population en 1880.	Nombre de malades : 250.		
	Départs........ 28.	13 h., 15 f., soit	11,20 p. 100.
	Guérisons......................		3,20.
	Améliorations..................		3,21.
	Non guéris.....................		1,60.
	Morts..........................		3,20.

Résumé du budget de 1880.	Recettes 44,727 couronnes, 80 œres	(61,619 fr. 75).
	Dépenses 86,784 » 12 »	(121,497 fr. 70).

V. *Hôpital de Lund.* Directeur: Dr Oedmann. — C'est le plus nouvel asile qu'ait visité M. Claus. Ouvert depuis trois ans, il est destiné à 350 malades. Le coût de sa construction a été de 1,625,298 couronnes 7 œres (2,275,410 fr.), sans compter le prix des 31 hect. 54 qui forment le territoire de l'établissement, et qui ont été empruntés aux riches possessions hospitalières de la province de Schonen, c'est-à-dire à la plus fertile province de la Suède. Comme Schonen a toujours subventionné avec la plus grande bienveillance les autres établissements, on a pu mettre à profit pour la construction la libéralité de l'Etat. Toutefois, on cons-

truira le prochain asile à moins de frais. De la place du marché de la vieille ville universitaire de Lund, on atteint, en une petite demi-heure, l'hôpital en question. Lund est une station sur le chemin de fer du sud de l'Etat; elle a près de 14,000 habitants. Elle aurait été pendant plusieurs années la résidence de Tegnér; il y écrivit sa *Frithjofsaga*. L'établissement, situé dans une vaste plaine, fortement exposé aux vents, a été construit par l'architecte le plus important de la Suède. Il se compose d'un grand nombre de pavillons à un étage, en briques, richement ornementés. L'ensemble des bâtiments médians est formé de neuf constructions destinées aux pensionnaires de seconde et troisième classes; ce tout représente un rectangle allongé dont la façade principale regarde le nord-ouest. Le milieu du fronton est occupé par les édifices réservés à l'administration, au temple et à l'habitation du second médecin, etc. A droite, on a placé le quartier des femmes; soit, sur la même ligne que le bâtiment d'administration, un pavillon pour aliénés calmes et demi-calmes, puis, à angle droit par rapport à l'étroit côté, la division cellulaire (deuxième construction), enfin les locaux attribués aux gâteux (troisième construction), qui regardent le long côté postérieur. On a procédé à la même répartition à gauche, en ce qui concerne les hommes. La partie moyenne du long côté postérieur est prise par la cuisine derrière laquelle est la buanderie. Au nord-ouest des bâtiments du centre, sur un terrain un peu plus haut, s'élèvent trois pavillons : celui du milieu, le plus petit, constitue l'habitation du médecin en chef; les deux latéraux sont destinés chacun à quinze patients de la première classe et à douze convalescents des classes inférieures. Le territoire extérieur de l'établissement est, à l'exception du côté limité par la rivière Höje, enfermé dans une palissade en bois d'une hauteur notable, peinte en rouge, qui doit être ultérieurement remplacée par une haie de nerpruns déjà plantée. Ses promenoirs, en partie pourvus de préaux couverts, sont entourés de planches en bois, de neuf pieds de haut environ, dans la division des agités et des gâteux (coloration vert-sombre) et, pour la section des malades calmes et demi calmes, de grilles en bois de même couleur d'une élévation correspondante; des ouvertures ont été ménagées de façon à ne pas masquer la vue. Dans chaque pavillon, abstraction faite du quartier cellulaire et des locaux d'habitation des pensionnaires de première classe, on a élevé des séparations verticales entre les pièces. Chaque section, désignée à l'aide de lettres, comprend une salle de jour, un réfectoire, une chambre de travail, une tisannerie, un parloir, une chambre de bains; la désignation de ces locaux est marquée en dehors sur la porte, de même que l'entrée et la sortie. Les salles de jour et les dortoirs sont spacieux, clairs, tapissés et ornés de gravures et de fleurs; les murs chez les agités et les gâteux sont enduits de couleur à la chaux, qui, plus

tard, sera remplacée par de la couleur à l'huile. Les escaliers sont en pierre; il n'est pas de palier à la paroi duquel on ne voie l'extrémité terminale d'un large tube, en communication avec la conduite d'eau commune, sur laquelle, en cas d'incendie, on pourrait adapter un tuyau d'arrosage. Les dortoirs, situés au premier, renferment dix à douze lits; ils dispensent par tête 600 pieds cubiques d'air. Lits en fer ou en bois, larges de 72 centimètres; les matelas de gâteux sont remplis de paille ou d'une sorte de fougère spéciale. Il n'y a pas de gardiens dans les dortoirs, mais il existe une veille de nuit. Parmi les fenêtres, les unes sont munies de croisillons étayés par des rayons de fer, les autres sont simples; elles sont grillées dans les lieux d'aisances. Des volets permettent de faire l'obscurité dans les dortoirs. L'installation de la buanderie est la même qu'à Wexiö. Eclairage au pétrole. Fosses mobiles désinfectées au phénol et au chlorure de chaux; elles n'exhalent pas d'odeur. Chauffage des cellules à l'eau chaude; les tuyaux principaux courent sous le plancher, et assurent en même temps la ventilation, en vertu d'une disposition particulière ; ailleurs, on use de calorifères en faïence. Les tuyaux de réserve du chauffage à l'eau chaude rampent librement sur le plafond ; aussi, l'année dernière, un malade s'en servit pour se suicider. Depuis, on les a recouverts de tôle. Chaque quartier renferme vingt-sept cellules spacieuses, dont dix-sept jouissent de l'éclairage latéral par une ouverture étroite et élevée, les autres prenant le jour et l'air par une grande fenêtre latérale. Leur habitus n'offre pas de différence avec les descriptions déjà présentées. Six sont munies de doubles portes. Tout quartier cellulaire a deux promenoirs. Le Dr Œdmann a inventé des *cellules à air*. Elles résultent du dressage vertical dans la cour du quartier, sur un sol en gazon, de quatre parois en bois, revêtues d'un enduit, fermées de partout excepté en haut; l'ouverture supérieure totale permet le contact direct de l'atmosphère. — Les cuisines et la buanderie marchent à la vapeur; elles la tirent d'une commune chaudière. Une source située derrière le bâtiment central offre son contenu à une machine élévatoire qui déverse l'eau, après l'avoir fait passer à travers un filtre, dans un réservoir situé à l'extrémité opposée, un peu plus élevée, du territoire de l'établissement; de là elle est distribuée à chacun des corps de logis. Un filtre à charbon la reçoit encore avant qu'elle ne serve aux usages. Ce filtre à charbon se compose du filtre anglais de C. Cheavin (Boston-Rapid Waterfilter) et d'un filtre suédois de Kuntze moins actif. Après la première filtration, au lieu même de la pompe à feu, l'eau contient encore trois à quatre millioniêmes de substances organiques. Après la seconde, elle n'en a plus que 0.7 à 1. Il existe également un puits dont l'eau semble plus fraîche. Les baignoires, d'ordinaire au nombre de deux, par chambre de bains, sont en bois; les pensionnaires de pre-

mière classe se servent seuls de baignoires en métal émaillé, dont on n'est guère satisfait.

Un médecin en chef, un médecin-adjoint, un interne qui réside dans le pavillon de la première classe : voilà le personnel médical. On prend, comme dans les autres établissements suédois, les observations suivant le besoin. Les médicaments viennent de Lund. Les visites sont autorisées le mercredi seulement quand il ne tombe pas un jour de fête, de 10 heures à 1 heure. Ce jour-là des renseignements oraux sont transmis sur les malades. On n'a pas prévu les distractions, les divertissements des jours fériés, et il n'est même pas question des cadeaux de Noël ; on ne les fait pas entrer dans le traitement moral. Les moyens de contrainte sont peu employés — Un pasteur s'occupe de l'asile, mais il habite Lund ; c'est là, d'ailleurs, qu'on enterre les morts. Un corps de logis spécial renferme la salle mortuaire et la salle d'autopsies ; il contient des caves ; c'est au nord de l'établissement qu'il est situé. Un gardien et une gardienne en chef sont à la tête d'infirmiers dont la proportion est de un pour dix malades, sans compter les nombreux gardiens particuliers pour lesquels on paie annuellement 160 couronnes (224 fr.), plus 60 œres par jour, comme entretien. — Le bilan du travail se liquide, en 1880, pour une moyenne de 150 aliénés, à 1,191 journées, dont 5,876 à l'actif des hommes et 6,035 au compte des femmes ; le domaine de la propriété, encore très nu, fournit un fonds de labeur inépuisable. L'asile possède trois chevaux ; il n'existe, en fait de bétail, que quelques vaches pour les fonctionnaires. Toutes les subsistances sont tirées de Lund.

Résumé du budget de 1880.	Recettes	37.366	couronnes	81 œres	(52,313 fr. 50).
	Dépenses	134,724	»	43 »	(188,614 fr. 20).

L'établissement n'est pas encore complètement occupé. Il n'y vit que 271 malades (167 hommes, 104 femmes).

Le mouvement de la population en 1881 se traduit par ces quelques chiffres.		
	Présents au début de l'année.....	195
	Réceptions dans le courant.......	178
	Départs.........	129
	Guérisons..	51
	Améliorations.	35
	Non guéris..	20
	Morts..........	23

VI. *Asile d'Hernösand*. — Nous avons déjà dit que M. Claus n'a pas visité cet asile, mais qu'il a enregistré les indications qui lui ont été fournies par le directeur actuel de Lund, M. Œdmann, autrefois médecin en chef de cet établissement.

L'asile d'Hernösand, qui a plus de vingt ans d'existence, est

arrivé, par une multiplication croissante du nombre de ses lits, à contenir 111 hommes et 106 femmes de deuxième et troisième classe et deux pensionnaires de première classe pour chaque sexe. Il est situé au nord-ouest de la Suède. La ville d'Hernösand, qui compte 5,000 habitants, est le lieu de résidence du sénéchal et de l'évêque ; elle est, par le bateau à vapeur, à vingt-quatre ou quarante-huit heures de Stockholm. Son asile occupe, sur les rives du golfe de Bothnie, un terrain assez escarpé dont la limite postérieure est constituée par des montagnes boisées d'une certaine élévation. Le bien-fonds de la propriété comporte 13 hectares 24 ares; il est enclos de murs assez hauts, si ce n'est du côté de la mer. Les bâtiments, généralement à un étage, forment par leur disposition d'ensemble un V à sommet obtus. La construction du milieu, la principale, a sa façade tournée à l'ouest; c'est dans le sous-sol qu'ont été reléguées la cuisine et ses dépendances, la pharmacie, la salle d'autopsie; au rez-de-chaussée existent le temple, des chambres de réception, l'habitation du gardien et de la gardienne en chef, ainsi qu'une série de chambres pour les malades demi-agités avec quatre chambres d'isolement; à droite les femmes, à gauche les hommes. Au premier étage, les aliénés calmes; ici aussi quatre chambres d'isolement. Dans les mansardes ont été installés des logements convenables pour quatre pensionnaires de première classe. Dans l'angle obtus de la figure, deux ailes, partant du corps du logis principal, sont destinées : l'une, celle du nord, au quartier des femmes; l'autre, celle du sud, au quartier des hommes. C'est la constitution du sol, jointe à la nécessité de dispenser largement l'air et la lumière, qui a imposé la configuration décrite; c'est pour la même raison que le quartier des hommes a seul un sous-sol complet, tandis que, chez les femmes, le roc a restreint l'aménagement de pièces en contre-bas: on n'y trouve que quelques pièces réservées aux besoins agricoles et un corridor, tandis que, chez les hommes, il y a en outre divers ateliers. Le rez-de-chaussée renferme les gâteux; le premier étage, les agités. Cinq chambres d'isolement dans chaque section. Aux deux ailes latérales est annexé un quartier cellulaire circulaire, sans étages, divisé de chaque côté en treize cellules. Salles de jour et de travail partout séparées. Les corridors, qui occupent la partie interne des habitations, peuvent être utilisés comme réfectoires, grâce à l'existence de tables pliantes assujetties aux parois murales sur le côté des fenêtres. Un chemin de fer apporte, par le corridor de la cave, les aliments de la cuisine dans un wagon disposé spécialement à cet effet. On trouve encore des escaliers dérobés à paliers dépourvus de parapets. Eclairage au pétrole. Au-dessus de la porte des cellules et des chambres d'isolement, on a percé des œils-de-bœuf discoïdes, destinés à l'éclairage, munis d'un verre épais. Nulle part de fenêtres grillées; les croisillons sont

garnis de fer ; on les ferme à l'aide d'un système à chevilles, mais l'aération peut être fournie par des valves mobiles dont plusieurs sont munies. Volets dans tous les dortoirs. Toutes les salles dispensent 600 pieds cubiques d'air par tête, et même 800 pour les gâteux. — Dans les cellules, le squelette de la fenêtre est entièrement en fonte de fer, les carreaux ont une grandeur de six à huit pouces, et le battant ne peut être ouvert que de cinq pouces. Les malades disposent de 950 à 1,050 pieds cubiques d'air dans les cellules et les chambres d'isolement ; leurs fenêtres ne commencent, dans les premières, qu'à neuf pieds du sol, et mesurent près de quatre pieds de large sur deux pieds de haut ; ce sont, dans les secondes, de grandes fenêtres latérales. Des doubles portes assurent l'isolement ; sur celle de l'intérieur, on a installé un guichet valvulaire pour l'observation. Chaque cellule a ses latrines et son poêle en faïence entouré de lames de fer quand l'agitation mérite le nom de fureur (Stormceller). Le chauffage du poêle s'opère par le dehors, dans le quartier cellulaire seulement; il aide, mais insuffisamment, à la ventilation. — L'établissement puise son eau dans le lac Bond à l'aide de 7,000 pieds de tuyaux, en longueur. Ce lac (situé à 80 pieds au-dessus du niveau de l'asile) fournit un liquide pur, de bon goût, de quantité illimitée. Chaque quartier possède deux baignoires; le quartier cellulaire n'en a qu'une; elles sont peintes à l'huile et entourées de bandes de fer. Chaque chambre de bains dispose d'un appareil à douches. Un cylindre en cuivre reçoit l'eau qui doit être chauffée, et sert en même temps de poêle. La buanderie occupe le voisinage de la mer. La cuisine est remarquable par l'installation de quatre grandes chaudières et de deux foyers à rôtir.

Le médecin en chef et le médecin-adjoint habitent avec l'intendant une construction sise à gauche de la construction principale. Un gardien et une gardienne en chef commandent à dix gardiens et à onze gardiennes; du moins il en était ainsi en 1880.

Résumé du budget à la même époque	Recettes, 34,528 couronnes 19 œrs (48,339 fr. 50.)
	Dépenses 37,879 couronnes 1 œrs (53,030 fr. 70.)

Mouvement de la population en 1880	Population.	209. (106 hommes, 103 femmes).	
	Départs....	31 : 19 h. 12 f., soit	14,83 p. 100.
	Guérisons....		5,26.
	Améliorations....		2,39.
	Non guéris....		2,87.
	Morts....	9 : 7 h. 2 f.....	4,31.

(*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XL., 1 et 2.) P. Kéraval.

BIBLIOGRAPHIE

V. *De la folie à double forme, circulaire, alterne*; par le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Sarthe.

Ce travail, présenté à l'Académie de médecine en 1880 a mérité un prix à son auteur. — Il repose sur trente-cinq observations personnelles, bien détaillées, mais dont la lecture ne donne pas une idée de la folie alterne aussi nette que celle de l'ouvrage entier qui reproduit tout ce qui a été écrit sur cette question, surtout par Falret et Baillarger. — Les points de vue plus particuliers de l'auteur sont les suivants : dans cette forme de folie, le désordre des actes et des sentiments est plus grand que celui des idées; les hallucinations génésiaques, surtout chez les femmes sont très fréquentes; il y a trois degrés dans cette maladie; le deuxième est signalé par l'invasion des hallucinations et le troisième, c'est « le fonds de la manie et de la mélancolie sans leur relief. (Falret) ». L'auteur n'admet pas une forme paralytique de cette maladie, mais reconnaît qu'elle peut compliquer la paralysie générale (soixante-dix observations à l'appui). L'auteur en fait une vésanie spéciale ayant une place à part dans le cadre nosologique. A propos de sa nature, M. Mordret fait remarquer que ni la tropho-névrose, d'après la théorie de Meyer, ni l'action paralysante des nerfs de Setschenow, d'après Erlenmeyer, ne suffisent pour expliquer le passage d'une phase à l'autre dans cette forme morbide, et préfère expliquer ses deux phases par la théorie de l'anémie et de l'hypérémie cérébrale. — C'est une maladie rare, puisque dans son service, M. Mordret n'en constate actuellement que treize cas sur quatre cent quatre-vingt-un malades. Charpentier.

VI. *Étude sur le morphinisme chronique* (thèse, 1883); par M. Danie Jouet.

Description des accidents somatiques dus à l'intoxication morphinique ; souffrances réelles et réclamations vives du malade dès les premières semaines, si on le soustrait à la morphine; cet état signalé par M. Charcot est le premier signe de l'imprégnation morphinique ; léger amaigrissement pendant les cinq ou six premiers

mois. — *Troubles psychiques*: torpeur intellectuelle générale, apathie, tendances à l'isolement, parfois poussées mentales avec accès de violence, déchéance morale invoquée souvent par des criminels voulant chercher l'irresponsabilité dans l'abus de la morphine. — *Tremblements* de la langue et des mains. Le tremblement des mains est distinct du tremblement sénile et du tremblement alcoolique; les vibrations se font par poussées de cinq ou six oscillations de suite, et les intervalles entre chaque oscillation sont égaux; chaque oscillation a une forme régulière et se compose d'une ligne ascendante et d'une ligne descendante formant un angle très aigu. sans plateaux (recherches faites dans le service de M. Charcot). Hyperesthésie générale fréquente; hyperexcitabilité des réflexes. — *Troubles des sens*; vue : œil morne reprenant son éclat à chaque nouvelle injection; diminution de la puissance d'accommodation, pupilles souvent rétractées, anémie permanente de la rétine (Parinaud), troubles de l'odorat et du goût (saveur âcre et métallique); parfois hallucinations de la vue et de l'ouïe. — *Troubles de la vie de nutrition* : torpeur de la vie végétative, peau pâle, cyanosée ou terreuse; stases veineuses; petitesse et irrégularité du pouls (la morphine abaisse la pression et augmente les systoles cardiaques). — Boulimie fréquente, vomissements nombreux, selles rares, éruptions cutanées fréquentes et qui, d'après M. Charcot, ne seraient que des manifestations de diathèses anciennes réveillées par les injections chez des sujets cachectisés par le morphinisme.

Complications. Impuissance génitale après une période d'excitabilité génésique; aménorrhée fréquente, albuminurie, fièvre morphinique sous trois formes : intermittente, typhoïde, hectique.

Amorphinisme et morphiomanie psychique. L'amorphinisme comprend l'ensemble des symptômes douloureux éprouvés par le malade intoxiqué dès qu'il est soustrait à la morphine; c'est une morphiomanie somatique qui fait que l'organisme imprégné s'aperçoit et se révolte d'un retard dans l'administration du médicament; dans la morphiomanie psychique, il y a impulsion irrésistible pour la morphine, mais sans troubles réels si la morphine est supprimée.

Cette thèse cite des cas de mort brusque par injection de morphine chez des malades atteints d'affections vésicales ou cardiaques. (Obs. de M. Féré.)

M. Féré a également communiqué à l'auteur de la thèse une observation d'*amorphinisme dans le cours d'une grossesse*; les troubles douloureux déterminés par la suspension de la morphine ressemblèrent à ceux d'un avortement. La grossesse fut cependant menée à bien; mais l'enfant avait subi les conséquences de l'abstinence de la morphine : mouvements brusques et agitation

continuelle avec cris, les soixante premières heures de la naissance. (Obs. de M. Féré, lue à la Société de biologie, octobre 1883).

CHARPENTIER.

VII. *Des paralysies du nerf sciatique poplité externe d'origine pelvienne*; (thèse de Paris, 1884.) par DORION.

Les accouchements laborieux, les tumeurs ou les phlegmons développés dans la cavité pelvienne, peuvent déterminer du côté des membres inférieurs, des troubles moteurs d'une étendue très variable. Tantôt, il s'agit d'une paraplégie complète, tantôt la paralysie est unilatérale ou prédominante d'un côté; tantôt enfin, la paralysie est non seulement unilatérale mais partielle. Quelquefois, la paralysie partielle est limitée aux nerfs sciatique poplité interne et externe, respectant la portion crurale du sciatique. Le plus souvent elle est circonscrite au nerf sciatique poplité externe, mais non pas exclusivement, comme le pensait Lefebvre: il est rare, en effet, que le sciatique poplité interne ne soit point touché dans une certaine mesure. M. Dorion aurait pu combattre plus victorieusement la théorie ingénieuse de Lefebvre, s'il avait pris la peine de se mettre au courant des études anatomiques relatives à cette question. Lefebvre en effet expliquait la localisation, qu'il croyait exclusive, de la paralysie au sciatique poplité externe, par le fait que cette branche nerveuse serait la continuation du nerf lombo-sacré qui, grâce à sa position, peut être comprimé isolément dans le bassin. Or, il y a longtemps que nous avons démontré [1] que la disposition anatomique invoquée par Lefebvre n'existe pas et que le lombo-sacré répartit ses filets à peu près en parties égales au sciatique poplité interne et au sciatique poplité externe. L'explication de M. Dorion fondée sur la bifurcation prématurée du sciatique, peut être combattue précisément par les arguments qu'il oppose à celle de M. Lefebvre, et on peut ajouter que la compression isolée de deux troncs au moins juxtaposés est encore plus difficile à comprendre que celle du lombo-sacré.

Ch. F.

VIII. *Etudes cliniques de Neuropathologie*; par José ARMANGUÉ Y TUSET. (Barcelone, Ramires. 1884.)

Ce volume est un recueil de plusieurs travaux déjà publiés par M. Armangué y Tuset soit en France, soit en Espagne. On y trouve un certain nombre d'observations sur des points différents de la

[1] Ch. Féré.— *Note sur un point de l'anatomie du nerf sciatique.* (*Bull. soc. anatomique*, 1879, p. 110 et *Progrès médical*, 1879, p. 649.)

neuropathologie : *Aphasie* et *Antonomasie*, *paralysie par compression*, *urticaire chronique*, *spermatorrhée* et *impuissance par influence psychique*, etc...

Nous reproduisons d'après l'auteur les conclusions de deux mémoires plus importants sur la méningite granuleuse et sur la migraine ophthalmique.

La *rougeole*, malgré la bénignité apparente qu'elle affecte en Espagne provoque fréquemment l'apparition de lésions tuberculeuses ou scrofuleuses et surtout de la méningite granuleuse et de la blépharite scrofuleuse.

La méningite granuleuse, suivant toute probabilité, n'est pas toujours tuberculeuse, quoiqu'elle le soit le plus souvent ; mais il semble qu'on pourrait admettre l'existence d'une méningite basilaire scrofuleuse qui ne parvient pas à la nature tuberculeuse.

La méningite granuleuse est curable, qu'elle soit ou non tuberculeuse ; les récidives sont fréquentes.

L'iodure de potassium est le meilleur médicament.

La méningite tuberculeuse quand ses lésions sont surtout localisées en un point peut servir à l'étude des localisations cérébrales ; notamment pour l'aphasie.

Quant à la *migraine ophthalmique*, voici les conclusions auxquelles arrive l'auteur : Elle est connue depuis le siècle dernier et a été déjà bien décrite avant Galezowski ; on n'a rien ajouté à ce qu'ont dit les auteurs qui l'ont décrite antérieurement. — Ce n'est pas une espèce morbide distincte, mais une variété de la migraine vulgaire.

Les preuves de cette identité sont : l'identité d'étiologie, de symptômes, de gravité, de traitement, de pathogénie, de marche, de durée, l'existence de variétés formant transition entre l'une et l'autre migraines, l'apparition d'attaques de l'une ou l'autre forme chez le même individu ; la transformation de l'une et l'autre formes par transmission héréditaire.

On doit regarder comme migraines ophthalmiques beaucoup de scotomes scintillants et d'hémianopsies transitoires non suivies de céphalalgie. — Il y a beaucoup de formes de migraine, et toutes peuvent exister sans céphalalgie. La migraine a d'intimes relations avec beaucoup de névroses, surtout avec l'hystérie et l'épilepsie.

La migraine est une névrose du grand sympathique produite presque toujours par hérédité, diathèse ou troubles digestifs ; elle exerce son action sur la circulation encéphalique au moyen des vaso-moteurs. La migraine peut produire des paralysies, des convulsions, de l'amnésie, la folie, la perte de connaissance, l'aphasie, l'anesthésie, la surdité, l'agueusie, l'anosmie, l'amblyopie, l'hémianopsie, des fourmillements, etc... On devrait dans ces cas, au lieu de migraine ophthalmique dire migraine complexe avec perturbations visuelles. La migraine est sujette à des lois

fixes; ses localisations cérébrales sont analogues à celles des lésions organiques. P. M.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des rémissions dans l'ataxie locomotrice; par M. Borderémy. (Thèse de Paris, 1884.)

Contribution à l'étude des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde, leurs rapports avec la température; par E. Riberolles. (Thèse de Paris, 1884.)

De la folie à la ménopause; par Guimbail. (Thèse de Paris, 1884.)

Etudes d'ophthalmoscopie dans la méningite et dans les maladies cérébro-spinales; par H. Bouchut. (Thèse de Paris, 1884.)

Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentales; par Nercam. (Thèse de Paris, 1884.)

Quelques considérations sur le traitement du goître exophthalmique par l'iode et ses composés; par Galup. (Thèse de Paris, 1884.)

Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses; par Grange. (Thèse de Paris, 1884).

Des kystes hydatiques de la base du crâne; par Odile. (Thèse de Paris, 1884).

FAITS DIVERS

Concours des asiles d'aliénés. — Un concours s'ouvrira le 20 octobre prochain, à l'Assistance publique, pour une place de médecin-adjoint des services d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Conditions du concours. — Ce concours sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre et sera clos le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

Conditions et programme du concours. (*Extrait de l'arrêté préfectoral du* 9 *juillet* 1880, *approuvé par le Ministre de l'intérieur.* — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent

justifier en outre : Soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés et d'une année de doctorat; soit encore de cinq années de doctorat. Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture du registre d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a éte déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service de aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de huit membres, savoir : Quatre médecins tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice, et trois médecins tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours pour la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante : 1° une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux pour laquelle il sera accordé trois heures; 2° une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le jury, après cinq minutes de réflexion; 3° une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade; et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion ; 4° Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consul-

tation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante ; 5° une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion. — Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la première épreuve écrite, 30 points. Pour l'épreuve clinique commune, 20 points. Pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade, 20 points. Pour la deuxième épreuve écrite, 30 points. Pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

Un fou. — Le Dr Cabrol, de Bourbonne-les-Bains, vient d'être victime d'une attaque inattendue. Un cultivateur de Martinville (Vosges), amenait au docteur son fils, âgé de vingt-huit ans, qui avait parfois des accès d'aliénation mentale. A peine étaient-ils entrés dans son cabinet que des cris retentirent. Le fils aîné du Dr Cabrol accourut et vit son père renversé par terre, la figure ensanglantée. M. Léon Cabrol dégagea son père, qu'il entraîna au dehors, et appela au secours. Un aide-major accourut à ces cris et tous deux, aidés du père du fou, réussirent à maintenir le forcené, qui, à cheval sur la croisée, les rouait de coups de poing. Les infirmiers de l'hôpital militaire arrivèrent et mirent au fou furieux la camisole de force. Il a été dirigé sur une maison de santé.

Bennett (A.-H.). — *A statistical inquiry into the nature and treatment of epilepsy*. Brochure in-8° de 47 pages. London, 1884. H.-K. Lewis-136, Gowel street. W.-C.

Bourneville, Boutier, Bonnaire, Leflaive et Séglas. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Compte rendu du service de Bicêtre pour l'année 1883, In-8° de xxviii-151 pages, avec 2 planches et 8 figures. Prix 0 fr. Pour les abonnés des *Archives*, 0 fr.

Brianchi (L.). — *Sulla vertigine laringea*. Brochure in-8° de 26 pages. Napoli, 1883. Tipografico dell'Unione.

— *Difetto porencefalico in individuo emiplegico dall'infanzia e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico*. Brochure in-8° de 18 pages, avec 6 planches lithographiques. Napoli, 1884. Tipografico dell'Unione.

— *Il reflesso tendines e specialemente il fenomeno del ginocchio dal particulare punto di vista della sua semiologia e patologia nella paralisi progressiva degli alienati*. Brochure in-8° de 8 pages. Napoli. Manicomio provincia.

Castorani (R.). — *Memoria sulla cura dell'ectropio cicatriziale (antoblefaroplastig*. Brochure in-8° de 32 pages, avec 36 planches. Extrait de la *R. Acc. medico chirurgica di Napoli*. Napoli, 1884. Tipografia F. Discops.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 884.

Vol. VIII. **Novembre 1884.** **N° 24.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

MALADIE DE THOMSEN ET PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE;

Par le Dr Romain VIGOUROUX.

L'augmentation de volume des muscles a été notée dans quelques-uns des cas de maladie de Thomsen déjà publiés[1], tandis que, dans quelques autres, il est nettement spécifié que cette augmentation n'existait pas. Nous venons d'observer un malade qui présentait à la fois, de la façon la plus évidente, les symptômes de la maladie de Thomsen et ceux de la paralysie pseudo-hypertrophique. Il ne saurait être question, pour l'instant, de déduire de ce fait la nécessité d'une relation entre ces deux affections; mais il est utile de constater la possibilité de leur combinaison.

M. X..., âgé de dix-neuf ans, nous est adressé par M. le professeur Charcot. C'est un jeune homme de stature moyenne

[1] V. Ballet et Marie, *Arch. de Neurologie* 1883; — Marie, *Revue de médecine* 1884.

dont l'apparence est plutôt un peu grêle. Tout d'abord, nous constatons chez lui les signes classiques de la paralysie pseudo-hypertrophique. Les membres inférieurs, à partir du bassin, ont un développement athlétique. Ils sont même d'un dessin très correct, et rappellent exactement ceux de certains danseurs. C'est dire que tous leurs muscles sont également atteints.

La palpation donne la sensation caractéristique de la pseudo-hypertrophie : il semble que les aponévroses d'enveloppe aient disparu et que les muscles forment avec le pannicule graisseux sous-cutané une masse homogène de consistance pâteuse. Au cou et aux membres supérieurs, on note l'aspect pseudo-hypertrophique des faisceaux claviculaires des trapèzes, des deltoïdes, et, à un moindre degré, des triceps et biceps. Tous ces muscles sont plus volumineux que ne le comporte le reste de la musculature du sujet, et présentent la consistante susdite. L'apparence des muscles des avant-bras est normale ; les muscles intrinsèques des mains (thénar, hypothénar, interosseux) sont manifestement hypertrophiques. Le développoment des muscles du tronc ne présente rien de particulier.

La force musculaire est très diminuée ; ainsi, la pression des mains est, au dynamomètre, de 15 kil., tandis que, pour un homme sain de cet âge et de cette stature, elle devrait être de plus de 50 kil. Lorsqu'on demande au malade de résister, autant qu'il le peut, aux mouvements qu'on fait exécuter à ses membres, on constate que sa résistance est très faible, malgré le spasme qui survient, ainsi que nous le verrons plus loin.

Le malade ne peut se relever tout d'un coup lorsqu'il s'est baissé pour ramasser un objet à terre. Il le fait en plusieurs temps, en finissant par prendre avec les mains un point d'appui sur ses cuisses.

L'examen électrique donne les résultats que l'on est habitué à rencontrer dans les cas de ce genre. L'excitabilité que l'on pourrait croire normale, pour le courant faradique, est notablement diminuée pour le galvanique. On ne peut obtenir de contraction des muscles des membres qu'avec un courant de 110 à 120 dix-millièmes (Ampère). Pour le biceps brachial, il faut même aller jusqu'à 160. On remarque que pour produire ces courants assez énergiques, il suffit d'un nombre relativement petit d'éléments, 10 à 12 Léclanché. La résis-

tance électrique du malade est donc bien au-dessous de la moyenne, et cela explique pourquoi son excitabilité faradique ne semble pas différer davantage de la normale. Nous croyons suffisant de donner cette indication sommaire, sans reproduire les chiffres relatifs à chaque muscle ou nerf en particulier. Il n'y avait d'ailleurs pas d'altération qualitative de l'excitabilité.

L'examen électrique fait en outre découvrir quelques particularités qui se rattachent à l'autre affection, dont il nous reste à parler.

En effet, ce n'est pas de la faiblesse de ses muscles que le malade se plaint, car il peut rester plusieurs heures sur pied, et fait d'assez longues promenades, mais bien, la raideur qu'il accompagne la plupart de ses mouvements. Voici ce qu'il rapporte à ce sujet : Lorsqu'après être resté quelque temps assis, il se lève pour marcher, ses jambes se raidissent, il doit attendre plusieurs secondes pour se mettre en marche et ses premiers pas sont lents. La même raideur se produit s'il est resté debout immobile. Ensuite les mouvements des jambes deviennent plus aisés. La même particularité a lieu pour les membres supérieurs. Si le malade étend vivement le bras pour saisir un objet, le bras reste raide et étendu, et la main se serre sur l'objet.

Ce spasme ne se produit pas seulement après une immobilité plus ou moins prolongée. Il accompagne aussi tous les mouvements volontaires qui doivent être exécutés rapidement ; et, dans ce cas, il tend à se généraliser. Par exemple, si, dans la rue, le malade veut hâter le pas pour éviter une voiture, ses jambes se raidissent, il ne peut avancer et rarement, dans ce cas, il réussit à conserver son équilibre. Le plus souvent il tombe, et alors il se sent envahi par une raideur générale qui ne lui permet de se relever qu'après un certain temps. Aussi n'est-ce qu'avec beaucoup de précautions qu'il s'aventure dans les rues de Paris (il habite la campagne).

Nous nous assurons de l'exactitude de cette allégation en demandant au malade de se mettre immédiatement à marcher. Il se lève de sa chaise et reste immobile ; si on le poussait, dit-il, il tomberait. Les muscles des cuisses et des jambes sont durs et manifestement contractés. Nous lui disons de serrer notre main fortement, puis de la lâcher ; ses doigts ne s'ouvrent que lentement et difficilement, tandis que les bras et

l'avant-bras sont contracturés. Le spasme dure quelques secondes.

Les muscles de la mâchoire et de la langue sont aussi affectés. Les premiers mouvements de la mastication et de l'articulation de la parole sont arrêtés, mais pas toujours, par une raideur des parties qui se dissipe ensuite.

Le malade dit que cette gêne des premiers mouvements volontaires est beaucoup plus prononcée lorsqu'il se sent observé.

Les *réflexes tendineux* sont très exagérés. L'*excitabilité mécanique* n'est pas augmentée, en ce sens que la percussion d'un muscle avec le marteau ne provoque pas sa contraction en masse ; mais, au niveau du point percuté, il se produit une dépression de la peau, en forme de sillon étroit et profond, indiquant la contraction du faisceau musculaire sous-jacent. Cette dépression persiste pendant plusieurs secondes.

Les particularités de l'examen électrique dont la mention a été omise plus haut sont les suivantes : toute contraction provoquée par le courant, soit faradique, soit galvanique, devient tétanique et dure un peu plus que le courant. Cela s'observe aussi bien pour l'excitation directe que pour l'indirecte (c'est-à-dire que l'électrode excitatrice ait été placée sur le corps du muscle ou sur le nerf). En outre, nous avons constaté chez ce malade le même fait que chez celui de MM. Ballet et Marie, à savoir la facilité plus grande de produire la contraction tonique avec l'anode qu'avec la cathode (des deux espèces de courant). Cela était surtout visible sur le vaste interne de la cuisse et le biceps brachial.

De l'état psychique il y a peu de chose à dire. Le jeune homme avait été mis au collège : ses allures spéciales lui rendaient assez difficile la vie en commuun, si bien qu'on dut le retirer. Mais il n'aurait pu, dit-il, faire quand même de bonnes études à cause de son peu de mémoire ; sa conversation indique une intelligence et un jugement au moins ordinaires. Le sens génital paraît, chez lui, fort éveillé et impérieux. La non satisfaction de ce besoin lui donne de l'irascibilité et un facies vultueux.

Le début de la maladie ne peut être précisé ; il remonte en tout cas fort loin. Le malade ne se souvient pas d'avoir été autrement que maintenant et ses parents ont remarqué sa gaucherie dès sa première enfance. Il n'a pas eu d'autres maladies. Nous avons interrogé son père qui est arthritique, sa

mère qui a été *nerveuse*, son frère aîné qui jouit d'une bonne santé ; aucun n'a pu nous signaler dans la famille une affection analogue.

Dans le cas qui vient d'être rapporté, la maladie de Thomsen et la paralysie pseudo-hypertrophique coexistent, sans que l'une d'elles soit en rien modifiée par l'autre. Chacune conserve ses caractères au point que nous avons pu la décrire séparément, comme s'il s'agissait de deux malades différents.

Parmi les symptômes que nous avons rattachés à la maladie de Thomsen, nous appellerons l'attention sur l'exagération des réflexes qui, pourtant, n'a pas été signalée dans cette affection.

DES ATTAQUES D'HYSTÉRIE A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE

(ÉTUDE D'UNE NOUVELLE VARIÉTÉ D'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIFORME)[1] ;

Par le Dr Gilbert BALLET, ex-chef de clinique de la Faculté,
et Gaston CRESPIN, interne des hôpitaux.

Nous croyons avoir établi, à l'aide des deux faits qui précèdent, d'une part, la réalité d'une variété particulière d'attaques d'hystérie, l'attaque à forme d'épilepsie partielle, constituée uniquement dans certains cas par la phase épileptoïde avec convulsions unilatérales, sans grands mouvements, souvent même sans hallucinations ; d'autre part, la possibilité du dia-

[1] Voy. p. 129.

gnostic différentiel entre l'épilepsie partielle fausse et l'épilepsie partielle vraie en tenant compte de la présence de certains symptômes, de l'absence de certains autres.

Il nous reste à compléter la démonstration en rapportant quelques autres faits analogues à celui de notre Observation I.

Au moment où nous observions Rosa G... dans le service de M. Legrand du Saulle, nous suivions, dans le service de M. Charcot, une malade atteinte d'attaques convulsives, sur la nature desquelles notre maître n'avait pas cru pouvoir se prononcer sans réserves. S'agissait-il d'une simple hystérique ou d'une épileptique par lésion cérébrale? Le tableau symptomatique autorisait à la fois les deux hypothèses, sans qu'il fût permis de faire entre les deux un choix décisif. Le cas de Rosa G... est venu fort opportunément résoudre la difficulté et démontrer que nous avions affaire a des accès d'hystérie. Voici le fait en question.

Observation III [1]. — Ang... (Eudoxie), vingt-neuf ans, couturière (service de M. Charcot, à la Salpêtrière).

Antécédents héréditaires. — Nous n'obtenons sur les antécédents héréditaires aucun renseignement positif qui mérite d'être signalé.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — La malade raconte que c'est à l'âge de dix-neuf ans que les premiers accidents nerveux se sont manifestés. A la suite d'une frayeur occasionnée par une tentative de viol, Ang... fut prise d'une attaque de nerfs et cracha du sang. Les crachements de sang, qui semblent dus à des hémoptysies, se sont reproduits

[1] Le résumé de cette observation a été communiqué par l'un de nous à la Société médico-psychologique dans la séance du 29 octobre 1883.

à plusieurs reprises. La malade a eu aussi des épitaxis, et depuis un an et demi, plusieurs pertes utérines.

Les attaques de nerfs se sont renouvelées assez souvent depuis leur première apparition, notamment en janvier 1882, c'est-à-dire quelques jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Ang... ne nous fournit que des renseignements fort vagues sur les caractères de ses attaques. Ce que nous apprenons de plus précis, c'est que les accès sont annoncés par une sensation de strangulation et qu'ils s'accompagnent de perte de connaissance.

Examen de la malade. — *a*) *Phénomènes permanents*. — Ang... présente lors de son arrivée à la Salpêtrière des troubles marqués de la sensibilité générale et spéciale.

I. Sensibilité générale. — Elle est profondément altérée dans tous ses modes et sur toute l'étendue du corps. La sensibilité au contact est simplement diminuée, celles à la douleur et à la température sont presque complètement abolies. — Le sens musculaire est affaibli, particulièrement au niveau des membres supérieurs. Ces troubles de la sensibilité générale sont là à l'état permanent, paraissant s'accentuer un peu à la suite des périodes d'attaques dont nous allons parler; s'atténuer au contraire dans l'intervalle des crises, mais jamais nous n'avons constaté leur disparition et le retour à l'état normal. Ce qu'il y a aussi de remarquable dans la distribution de ces troubles, c'est leur généralisation à tout le corps, avec légère prédominance à gauche cependant.

II. La sensibilité *spéciale* n'est pas moins touchée que la sensibilité générale. La malade sent très mal les *odeurs*. — L'*ouïe* est diminuée, surtout à gauche. A droite, Ang... perçoit le tic-tac d'une montre à la distance de trois centimètres; à gauche, elle perçoit à peine le bruit, même lorsque la montre est appliquée contre le pavillon de l'oreille. — Quant au *goût*, Ang... ne perçoit pas les saveurs : elle n'apprécie le goût ni du sulfate de quinine ni de la coloquinte. Cependant sur le côté gauche de la langue, les saveurs sucrées sont en partie perçues. — *Vue*. Il existe de l'amblyopie à droite et à gauche, surtout à gauche, si bien que l'œil droit étant fermé, la malade ne distingue presque plus les objets. L'œil gauche est en outre achromatopsique. Mais le fait le plus saillant, c'est l'existence d'un double rétrécissement très accusé du champ visuel (*Fig*. 8, *a* et *b*).

III. Points douloureux. — Les seuls points douloureux sont les points ovariens, surtout à gauche.

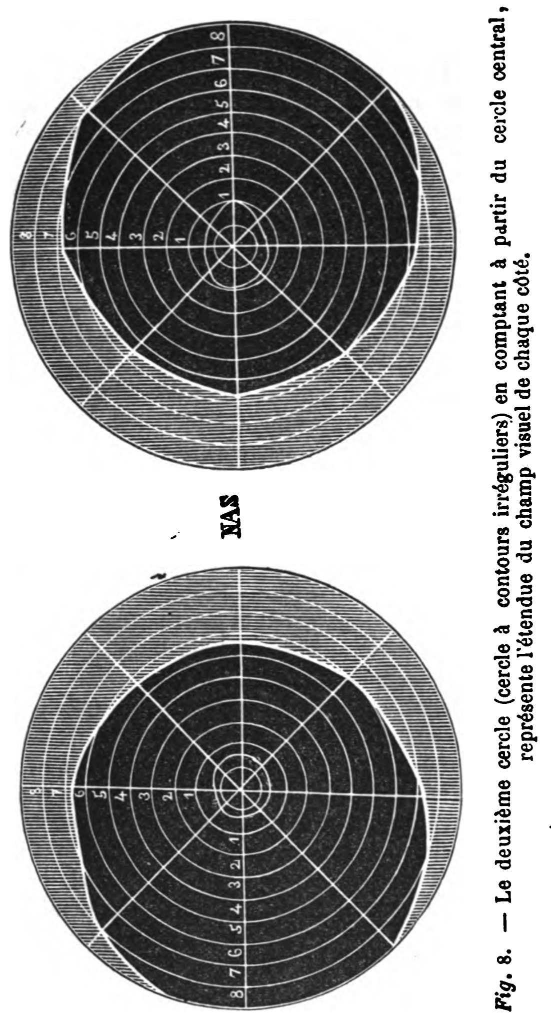


Fig. 8. — Le deuxième cercle (cercle à contours irréguliers) en comptant à partir du cercle central, représente l'étendue du champ visuel de chaque côté.

b) *Attaques.* — Depuis son entrée à la Salpêtrière, la malade a été prise d'attaques, à plusieurs reprises. Ces attaques reviennent par séries, et se reproduisent en grand nombre pendant

plusieurs jours. La première série d'attaques s'est montrée en mai 1882, une deuxième à la fin de novembre et au commencement de décembre de la même année ; en février, juillet et octobre 1883, trois nouvelles séries d'accès.

I. *Description des attaques.* — *a*) *Aura.* Les attaques se succédant d'ordinaire à intervalles très rapprochés, l'aura fait défaut, ou du moins la malade ne peut indiquer avec précision ce qu'elle ressent, car elle est plongée, comme nous allons le voir, dans un état subcomateux. Mais lorsqu'on surprend un accès isolé ou l'accès initial d'une série, on se convainc, à l'aide des renseignements fournis par Ang..., que la crise convulsive est annoncée par des phénomènes prémonitoires : il s'agit d'un sentiment d'étouffement, de strangulation assez vif, tel qu'on l'observe communément au début des attaques hystériques.

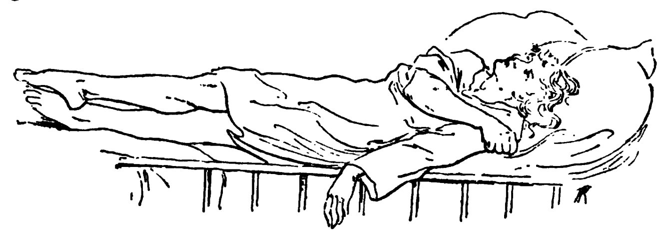


Fig. 9. — Attaque de Rosa G... (Obs. I.)

b) Puis les phénomènes apparaissent et évoluent comme il suit : la malade perd connaissance, ou du moins cesse de donner tout signe de conscience, la tête s'incline vers l'épaule gauche, la commissure labiale du même côté est fortement convulsée ; les paupières sont abaissées et animées de petits battements, mais lorsqu'on les soulève, on constate que les deux yeux regardent en haut et à gauche. Il y a, en somme, *rotation à gauche de la tête et des yeux* avec spasme des muscles de la face, principalement et quelquefois exclusivement du côté gauche.

En même temps que la tête se place dans l'attitude que nous venons d'indiquer, les membres du côté gauche se tétanisent : le membre supérieur se raidit dans l'extension, le poing fermé et un peu soulevé au-dessus du plan du lit ; la jambe gauche est aussi dans l'extension et très raide. De ce côté, il y a simplement tétanisation ; pas de convulsion clo

nique, pas de contractions imprimant aux divers segments du membre des mouvements à grande amplitude, comme ceux que nous allons voir se produire à droite. (*Fig.* 9).

Les convulsions des membres droits, bien que plus accusées que celles des membres gauches, ***débutent toujours*** après ces dernières : le bras droit se place dans l'abduction légère, la main dans la pronation forcée, avec flexion sur l'avant-bras, le pouce étant recouvert par les autres doigts ; l'avant-bras se

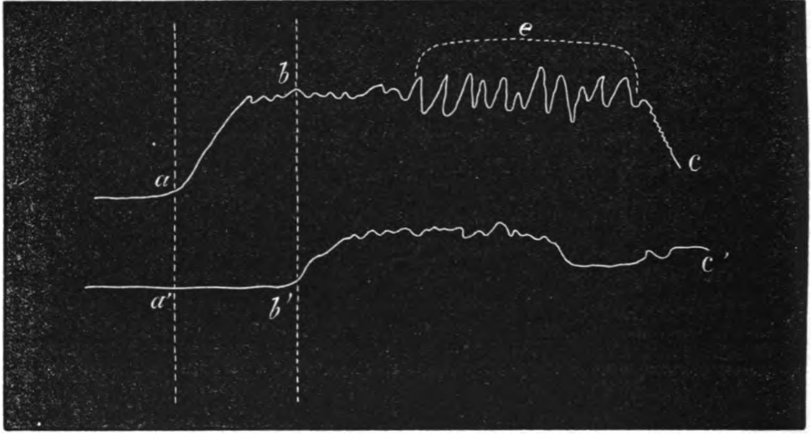


Fig. 10. — Observation de Rosa G... — Tracé comparatif de la contraction des muscles de l'avant-bras du côté droit et du côté gauche.

a, *b*, Muscles de l'avant-bras droit en tétanisme ; — *e*, Convulsions cloniques des mêmes muscles ; — *a' b'*, Muscles de l'avant-bras gauche au repos ; — *b'*, Ces muscles entrent en contraction en *b'*, alors que ceux du côté droit sont déjà convulsés depuis un instant.

fléchit sur le bras et se porte sur la partie latérale et postérieure du tronc. Le membre inférieur est dans l'extension forcée et en tétanisme. (*Fig.* 10.)

Après la période de convulsions toniques précédemment indiquées, se produisent quelquefois de petites secousses des muscles convulsés ; ces secousses constituent comme l'ébauche d'une période de convulsions cloniques.

L'attaque est alors terminée, la tête reste un peu inclinée vers le côté gauche, mais sans raideur ou se place dans la situation qu'elle occupe d'habitude chez une personne au lit. Mais la malade reste plongée dans un état quasi-comateux : les yeux sont fermés, on n'obtient pas de réponse lorsqu'on

questionne Ang..., ou ses réponses se traduisent par quelques monosyllabes sans signification précise, ou des bouts de phrases sans suite. Quelquefois cependant, lorsqu'on la questionne vivement, Ang... répond : « J'ai mal à la tête ».

Dans l'attaque, telle que nous venons de la décrire, on ne constate aucun phénomène rappelant la période des grands mouvements, ou la période hallucinatoire de l'attaque de grande hystérie.

Les accès se succèdent à courts intervalles, parfois même d'une façon continue, un nouvel accès débutant aussitôt que le précèdent est terminé.

II. Variétés de l'attaque. — Dans la plupart de ces périodes de crises, les attaques ont revêtu les caractères que nous venons d'indiquer. Dans quelques-unes toutefois, il y a eu des variantes. En novembre 1882, par exemple, a eu lieu une série d'accès : quelques-uns de ces accès différaient sensiblement de ceux dont nous venons de parler; par rapport à ces derniers, on pouvait les considérer comme des accès incomplets ou avortés.

Voici la description desdits accès, d'après les notes que nous avons recueillies au lit de la malade : la tête s'incline vers la gauche, le côté gauche de la face est animé de petits mouvements convulsifs, le membre supérieur du même côté, puis la jambe, sont dans l'extension et raides. *Les membres du côté droit sont flasques;* ils ne présentent ni raideur, ni mouvements convulsifs.

Plusieurs fois même nous avons assisté à des attaques plus incomplètes encore, en ce sens que tous les phénomènes se limitaient à la tête et la face, sans que les membres, pas plus à gauche qu'à droite, ne prissent part aux convulsions.

Exceptionnellement nous avons relevé l'apparition de symptômes qui font d'habitude partie de l'attaque de grande hystérie : c'est ainsi qu'à deux ou trois reprises, nous avons constaté des hallucinations visuelles : à la fin de l'accès convulsif, la malade se remue dans son lit, comme si elle avait peur : elle nous dit voir *une perruche verte à tête rouge*. Tout à coup elle s'écrie : « Tiens, la voilà qui s'est envolée ». Plusieurs fois aussi après les attaques, Ang... a éprouvé une sensation de vertige. « Je tombe », nous disait-elle, la tête me tourne. »

III. Effets de la compression ovarienne et des inhalations chloroformiques sur les attaques. — La compression ovarienne unilatérale ou bilatérale, pratiquée avec la main ou à l'aide de

la ceinture compressive, a toujours été impuissante soit à empêcher l'apparition des attaques, soit à les arrêter au cours de leur évolution. Nous devons dire cependant qu'une fois, une compression très énergique avec les mains a paru atténuer un peu les accès.

Nous avons cherché, à l'époque d'une crise, à arrêter les accès au moyen des inhalations de chloroforme, dont l'effet est d'habitude infaillible contre les attaques de grande hystérie. Or, voici ce que nous avons constaté : le chloroforme amène la cessation momentanée des accès; mais ceux-ci reparaissent avec la même intensité un quart d'heure environ après la cessation des inhalations.

Le bromure de potassium administré à la dose de 8 à 10 grammes, pendant plusieurs jours, durant les crises, a paru sans effet.

IV. Température. — Quel qu'ait été durant les différentes crises la fréquence des attaques, dont le nombre a atteint plus de cent par jour, la température rectale n'a jamais dépassé 37°,5.

V. État de la malade au sortir de la période de crise. — D'habitude, à la suite de ses crises, surtout lorsqu'elles ont compris un grand nombre d'accès et ont duré plusieurs jours, il existe une sorte d'état parésique du membre supérieur gauche. La malade éprouve quelque difficulté à mouvoir ce membre. En examinant les choses de près, nous sommes arrivé à cette conviction qu'il ne s'agissait pas là d'une paralysie vraie, telle que celle qu'on observe communément à la suite des attaques d'épilepsie partielle due à une lésion cérébrale. Si Ang... ne peut mouvoir son bras qu'avec difficulté, cela paraît tenir à un état douloureux de l'articulation scapulo-humérale gauche, état douloureux qui dépend lui-même probablement des contractions forcées, souvent répétées, des muscles péri-articulaires. Nous avons été conduit à cette conviction par ce fait, que les mouvements communiqués sont pénibles et rendus presque impossibles par suite de la douleur qu'ils déterminent au niveau de la jointure.

Résumé de l'observation. — *a*) *Symptômes permanents* : Anesthésie généralisée incomplète intéressant la sensibilité générale et la sensibilité spéciale, avec prédominance de l'anesthésie à gauche; — *b*) *Symptômes accidentels et intermittents* : Accès convulsifs, les uns localisés aux muscles moteurs de la tête et de

la face gauche, d'autres étendus aux muscles moteurs des membres gauches, d'autres enfin généralisés; mais avec début constant des phénomènes convulsifs par le côté gauche.— Absence de grands mouvements. — Hallucinations inconstantes, constatées à la suite de quelques-unes des attaques seulement. — Pas d'élévation de la température; pas de paralysie consécutive aux accès, mais simplement de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, se rattachant à un état douloureux de l'articulation de l'épaule du même côté.

Qu'Ang. . fût une hystérique, cela ne faisait pas question : elle présentait ou avait présenté un trop grand nombre des symptômes afférents à la névrose (hémoptysies sans tuberculose, troubles de la sensibilité générale, points douloureux) pour qu'il y eut doute à cet égard. Mais pour hystérique qu'elle fût, elle pouvait être simultanément atteinte d'une lésion du cerveau, et de fait, ses attaques, comme on vient de le voir, rappelaient de fort près celles de l'épilepsie jacksonnienne, et non celles qui, *jusque-là*, avaient été observées chez les hystériques. Aussi eût-on certainement penché pour l'épilepsie, si l'absence d'hyperthermie et de paralysie *nette* des membres convulsés à la suite des attaques, si l'existence d'un double rétrécissement concentrique du champ visuel, tel qu'on ne l'a jamais encore, à notre connaissance, rencontré dans les cas de tumeur cérébrale, n'avaient éveillé les doutes et provoqué les hésitations.

Le cas de Rosa G... vint jeter la lumière sur celui d'Ang... La seconde comme la première malade était atteinte d'attaques hystériques à forme d'épilepsie partielle.

Dans les deux observations d'hystérie qui précèdent, les convulsions, on l'a vu, se sont présentées avec l'as-

pect qui caractérise l'épilepsie partielle dite *hémiplégique* ou *latéralisée*, c'est-à-dire que les spasmes intéressaient la face et les deux membres d'un côté du corps, se généralisant même ultérieurement au côté opposé. Mais il est des cas dans lesquels la fausse épilepsie partielle revêt la forme *monoplégique* ou circonscrite, les convulsions se limitant soit à un membre, soit à la face, ou envahissant à la fois la face et le membre supérieur sans intéresser le membre inférieur correspondant.

La première observation de cet ordre que nous ayions rencontrée est celle d'une malade du service de M. Charcot.

Observation IV. — Forc... (Camille), dix-huit ans. Les renseignements que la malade nous fournit sur ses antécédents héréditaires ou personnels sont peu circonstanciés. La mère de Forc... a été atteinte de paralysie des membres (?) à la suite de couches. Son père est d'un caractère très violent. La malade a perdu plusieurs sœurs en bas âge; un de ses frères serait mort de méningite.

L'affection actuelle a débuté à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, à la suite d'une vive contrariété, F... eut une attaque avec perte de connaissance. Cette attaque se serait accompagnée de paralysie du bras gauche. — Les attaques se sont reproduites à plusieurs reprises. De plus, F... est de temps en temps affectée de toux hystérique. Elle dit qu'elle « fait alors comme un chien qui aboie ». Cette toux persiste parfois des journées entières. La malade entre à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, en janvier 1883.

Nous ne constatons pas chez elle les symptômes permanents habituels de l'hystérie. La sensibilité générale (au tact, à la douleur, à la température) est conservée des deux côtés du corps. Il n'y a pas de trouble marqué de la sensibilité spéciale. — Pas de zones douloureuses ou hystérogènes. Toutefois la malade se plaint d'éprouver entre les deux épaules un sentiment de fatigue. — Le système vaso-moteur est un peu affecté.

Il suffit, en effet, d'exercer avec les doigts une faible pression pour déterminer de la rougeur cutanée.

Malgré l'absence des signes qui révèlent d'ordinaire l'état hystérique, il n'est pas douteux que cette malade soit affectée de la névrose. Les attaques, qu'à différentes reprises, elle a eu depuis son entrée à l'hôpital le démontrent suffisamment.

Nous n'avions jamais été témoins de ces attaques, mais nous pouvons néanmoins en tracer la description sommaire, d'après les renseignements précis qui nous ont été fournis par la surveillante du service et par les voisines de lit de Forc...

Ces attaques ne se ressemblent par toutes. Il en existe deux variétés principales. Les premières, très nettement hystériques, se caractérisent comme il suit : Elles sont annoncées par des prodromes. Plusieurs heures avant sa crise la malade se sent agacée, devient très irritable. Puis se manifeste une sorte d'aura qui consiste tantôt en une douleur occupant le milieu du crâne et se propageant des deux côtés, avec sensation de battements au niveau des points douloureux, tantôt en une simple raideur du bras gauche. — A la suite de cette aura, la malade tremble, claque des dents, éprouve un sentiment de froid sur tout le corps, enfin elle perd connaissance. Alors elle gesticule et se tord dans son lit. Parfois elle pleure et crie, ou se met à rire. Puis elle est en proie à des hallucinations. Elle croit être en chemin de fer, voyager dans les Vosges. Elle veut aller chez sa mère, s'imagine être en voiture, fouette les chevaux; ou bien elle aperçoit des araignées noires qui descendent du plafond. Elle prononce des mots inintelligibles. Ces attaques se terminent quelquefois en dix minutes; d'autres fois, elles se sont prolongées pendant plusieurs heures.

A diverses reprises, Forc... a eu des syncopes soit isolées, soit consécutives aux attaques précédemment décrites.

Mais, en dehors des phénomènes précédents la malade en présente d'autres qui constituent l'intérêt de son cas, au point de vue auquel nous nous plaçons ici. Elle est prise, en effet, de temps en temps de spasmes convulsifs du membre supérieur gauche. Ces spasmes s'accusent de la façon suivante : le membre se raidit, l'avant-bras se fléchit sur le bras, puis se contourne derrière le tronc, en s'appliquant fortement contre la poitrine, au point de déterminer une douleur assez vive. Presque en même temps, la tête s'incline vers la *droite*. — Dans une seule matinée, on a vu le manège du membre supérieur

gauche se reproduire six fois de suite. Puis le spasme convulsif a été remplacé par une sorte de tremblement.

D'ordinaire, les convulsions du bras ne s'accompagnent pas de perte de connaissance. Mais, dans quelques cas, elles sont suivies des attaques que nous avons décrites plus haut, avec délire et hallucinations.

Aucun doute ne saurait s'élever sur la nature hystérique du spasme du bras observé chez Forc..., L'absence de tout phénomène permanent du côté du membre (exagération des réflexes, parésie) à la suite des crises éloigne l'hypothèse de phénomènes épileptiques. Ajoutons que la réalité de l'hystérie chez cette jeune fille, est suffisamment démontrée par l'existence chez elle de la toux, des attaques de tremblement, des hallucinations qui se sont manifestées à différentes reprises, avec des caractères non équivoques.

Nous devons observer toutefois que, n'ayant pas eu la bonne fortune d'être témoins des accès de spasmes, et obligés de les décrire de seconde main, nous n'eussions ajouté que peu d'importance au cas de Forc..., s'il n'acquérait un véritable intérêt du fait de son rapprochement avec les autres, notamment avec le suivant, que nous devons à l'obligeance de notre ami E. Brissaud, médecin des hôpitaux.

OBSERVATION V. (Communiquée par M. E. BRISSAUD, chef de clinique de la Faculté.) *Epilepsie Jacksonnienne de nature hystérique. — Guérison spontanée.*

Marie C..., femme de ménage, âgée de quarante-cinq ans, entrée à la Pitié, salle Laënnec, n° 9, service de M. le professeur Jaccoud, le 26 novembre 1883.

Cette femme a toujours eu une santé excellente; elle est encore très bien réglée. Le jour même de son entrée à l'hôpital, à peine a-t-elle répondu à deux ou trois questions, qu'elle est

brusquement interrompue, au milieu d'un mot, par une attaque convulsive. Les globes oculaires se dirigent en haut et à gauche; puis la tête se tourne lentement du côté gauche en se renversant, les paupières palpitent un instant et tous les muscles de la face sont pris d'un spasme tonique accompagné de quelques petites secousses. La moitié gauche du visage est plus énergiquement contractée que la moitié droite. Les mâchoires sont serrées ; un peu d'écume salivaire coule entre les lèvres, la coloration de la face est pâle, mais non cyanique. Ce spasme tonique dure de cinq à six secondes; puis le bras gauche se porte en avant et en dehors, l'avant-bras demi-fléchi et dans la pronation forcée, la main hermétiquement fermée. A peine le bras est-il entré en convulsion, que les muscles du visage sont pris de mouvements cloniques, qui, prédominant à gauche, tiraillent la commissure labiale gauche, l'aile du nez, tous les traits à gauche. En même temps le bras s'élève par saccades, cinq ou six fois, puis retombe flasque; la face reprend son aspect symétrique et la respiration devient stertoreuse.

Après une douzaine d'inspirations profondes, la malade pousse un soupir, ouvre les yeux et reprend la conversation; elle commence par dire qu'elle a entendu ce qu'on disait pendant sa crise, qu'elle n'est pas épileptique, qu'elle voudrait bien parler, mais qu'elle ne le peut pas, etc. Cette crise a duré en tout vingt à trente secondes; elle n'est pas douloureuse; telle qu'elle vient d'avoir lieu, elle représente son maximum d'intensité. Jamais la jambe n'a été prise. Environ deux minutes après ce premier accès, un second se déclare, puis un troisième; après quoi la malade répond, sans être interrompue, aux questions qui lui sont adressées.

Il y a trois ans, elle était grosse de trois mois quand la première crise a éclaté, suivie de crises identiques qui se reproduisirent à intervalles variables pendant douze jours. La grossesse se termina bien; l'enfant vint au monde bien constitué, et la mère se décida à le nourrir. Au huitième mois de la lactation, les crises réapparurent, toutes pareilles aux premières; mais cette fois elles durèrent trois semaines. Enfin, cette fois-ci, elles durent déjà depuis trois semaines.

Aucune circonstance particulière ne paraît les avoir provoquées. Elles surviennent la nuit comme le jour, et, la nuit, elles n'ont pour la malade d'autre inconvénient que de la réveiller. Depuis cette époque, elles reviennent environ toutes

les cinq à huit minutes; elles sont plus rares la nuit; elles sont plus fréquentes quand on s'approche de la malade et qu'on l'interroge.

Jamais cette femme n'a eu d'ictus apoplectique; jamais elle n'a éprouvé d'affaiblissement dans les membres du côté gauche. Elle n'a pas d'anesthésie; elle a seulement une exagération notable du réflexe tendineux avec tendance à la trépidation spinale. Elle dit n'avoir éprouvé aucune maladie; elle n'a eu, en tout cas jamais de rhumatismes articulaires, et son cœur est parfaitement normal quant à son rhythme et quant à ses bruits. — Dans sa jeunesse elle était rêveuse, elle avait parfois de petites attaques de nerfs, mais qui ne ressemblaient en rien à celles d'aujourd'hui. Du reste, elle ne peut fournir de renseignements sur ce point; elle ne se rappelle plus. Pas d'ovarie.

Dans la journée qui suit son entrée à l'hôpital, elle a des crises à tout instant; les deux jours suivants le nombre en est moins considérable; toutefois on ne les compte pas.

Du 30 novembre, elle commence à les compter, en piquant chaque fois une carte avec une épingle. Le 1er décembre, 18 accès diurnes (les accès nocturnes ne sont pas marqués); le 2, 18; le 3, 12; le 4, 14; le 5, 17; le 6, 16; le 7, 28. Ce jour-là, à la visite du soir une crise a lieu, qui paraît moins violente que les précédentes. Le bras ne se soulève qu'à peine; les yeux ne restent convulsés en haut et à gauche que momentanément, et la malade peut diriger son regard tant bien que mal vers l'objet qu'on lui indique. La tête est enfin moins fortement renversée, et le cou est moins raide. Cependant les trois phases de tonus, de clonisme et de stertor persistent.

Le 8 décembre, au matin, pendant la visite, au moment où le professeur Jaccoud s'approche d'elle, la malade est prise d'un accès qui commence par cinq à six secousses de hoquet, suit son cours comme d'habitude, et, au lieu de se terminer par la respiration stertoreuse aboutit à un clonisme diaphragmatique, comme on n'en voit guère que dans l'hystérie. Sous l'influence des contractions du diaphragme, le ventre est ballotté de bas en haut, et l'on entend à distance le clapotement des liquides intestinaux. Puis la malade fond en larmes, gémit quelques instants, et est prise aussitôt après d'un fou rire.

A partir de ce jour, les accès diminuent de nombre et d'intensité; ils conservent cependant leurs premiers caractères, à

part l'absence du stertor terminal; si bien que la malade, circulant dans les salles et étant prise tout à coup de ses convulsions faciales, continue à marcher comme si elle n'avait qu'un tic unilatéral du visage. Le 19 décembre, elle quitte l'hôpital, encore sujette à de petits accès très rares et tout au plus gênants.

Aucune médication n'a été entreprise. Il n'y avait à soupçonner ni la syphilis, ni l'alcoolisme, ni le saturnisme, ni une lésion corticale du cerveau, et encore moins l'épilepsie. — Le diagnostic d'hystérie à convulsions jaksonniennes avait été porté dès les premiers jours, et, pour contenter la malade, on lui avait simplement prescrit une potion gommeuse.

On voit que chez cette malade, comme chez la précédente, les phénomènes convulsifs ont été bien limités. En effet, les accès de Marie C... sont caractérisés pas un monospasme brachio-facial avec rotation de la tête et des yeux du côté convulsé. La malade ne perd nullement connaissance dans sa crise. C'est bien, dans la forme, de l'épilepsie partielle. Mais il n'y a là qu'une apparence, car les attaques éprouvées par Marie C... sont sans conteste des attaques d'hystérie. On les voit, en effet, se transformer à un moment donné, et aux phénomènes épileptiformes se surajoute un ensemble de manifestations dont la nature hystérique est indéniable. Qu'on remarque, en effet, ce passage de l'Observation : « La malade est prise d'une attaque qui commence par cinq ou six secousses, du hoquet, puis suit son cours comme d'habitude, mais au lieu de se terminer par la respiration stertoreuse, aboutit à un clonisme diaphragmatique, comme on n'en voit guère que dans l'hystérie. Sous l'influence de la contraction du diaphragme, le ventre est ballotté et fait entendre à distance le clapotement des liquides intestinaux. Puis la malade fond en larmes, gémit quelques instants et est

prise aussitôt après d'un fou rire. » N'est-ce pas là de l'hystérie au premier chef?

Ajoutons d'ailleurs que chez cette femme, pas plus que chez les autres, les convulsions n'ont été suivies de phénomènes paralytiques.

Les faits qui précèdent démontrent surabondamment, croyons-nous, la réalité du type nouveau d'attaques hystériques sur lequel nous venons d'appeler l'attention.

Une dernière remarque. La reconnaissance de ce type n'aurait qu'un intérêt secondaire et purement nosographique, si les convulsions partielles tenaient, dans la symptomatologie de l'hystérie, la place qu'y occupent d'habitude, les convulsions à forme de grand mal, et si elles étaient d'ordinaire suivies, comme celui-ci, des autres phases de l'attaque, la phase des grands mouvements et des hallucinations. Mais ce qui leur donne un cachet en quelque sorte à part, et en même temps une importance de premier ordre au point de vue diagnostique, c'est que, dans bon nombre de cas, le plus souvent, si nous en jugeons par nos observations, elles constituent toute l'attaque. De là la nécessité d'en bien connaître la possibilité dans l'hystérie, et de rechercher lorsqu'on se trouvera en face d'un accès d'épilepsie partielle ou, mieux encore, d'une série d'accès, les éléments symptomatiques accessoires (température et autres) qui seuls peuvent permettre de porter le diagnostic nosologique.

Arrivés au terme de ce travail, nous résumerons en quelques propositions les enseignements qui nous semblent s'en dégager.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS :

1° Les attaques d'hystérie, du moins à leur première période, ressemblent très fréquemment, comme on sait, aux accès d'épilepsie vulgaire (attaques de mal comitial);

2° Quelques cas nous autorisent à penser que l'hystérie peut, d'une façon exceptionnelle, emprunter aussi le masque de l'attaque de petit mal (absences et vertiges);

3° Il résulte, d'autre part, des faits rapportés dans ce mémoire (et les observations ultérieures démontreront probablement que les faits analogues ne sont pas rares) que, chez un certain nombre de malades, la symptomatologie de l'attaque hystérique reproduit avec une remarquable exactitude le tableau de l'épilepsie partielle (épilepsie jacksonnienne, épilepsie par lésion cérébrale);

4° La fausse épilepsie partielle de nature hystérique est caractérisée comme l'épilepsie partielle vraie, soit par de l'hémispasme avec rotation de la tête et des yeux du côté convulsé (forme hémiplégique), soit par des monospasmes (forme monoplégique);

5° Ces convulsions partielles épileptoïdes constituent souvent toute l'attaque d'hystérie, et ne sont suivies ni de phase des grands mouvements, ni de phase des hallucinations. — Cela tient, le plus souvent, à ce que les crises, se succèdant sans intervalles, empiètent les unes sur les autres, de façon que les

diverses périodes constitutives de l'attaque n'ont pas le temps de se produire;

6° Les accès de fausse épilepsie partielle se montrent en effet d'ordinaire par séries, quelquefois considérables, constituant alors un véritable *état de mal épileptiforme*;

7° Il est des signes qui permettent de diagnostiquer la fausse épilepsie partielle (épilepsie partielle hystérique) de l'épilepsie partielle vraie.

a) Le plus important de ces signes est l'absence *d'hyperthermie* dans la fausse épilepsie partielle, conformément à la loi établie depuis longtemps (Charcot, Bouchard, Bourneville) d'après laquelle l'hyperthermie constante à la suite d'accès épileptiques multiples, fait au contraire défaut à la suite des accès simplement épileptiformes.

b) Puis vient *l'absence de paralysie* des membres convulsés dans la fausse épilepsie jacksonnienne, alors que les accès d'épilepsie partielle vraie laissent, au contraire, à leur suite des paralysies ou parésies passagères ou définitives.

c) Il faut signaler enfin certains autres symptômes, à la vérité moins significatifs, mais qui serviront aussi, pour leur part, à établir le diagnostic de la nature hystérique des accidents (ouverture de la bouche pendant les accès, battements des paupières, mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises).

8° Il va de soi que les autres éléments de diagnose utilisés pour distinguer l'accès de mal comitial de la grande attaque d'hystérie (effet de la compression ovarienne, inefficacité du bromure de potassium, consta-

tations des symptômes permanents de l'hystérie après les attaques) conserveront ici toute leur valeur.

Errata. — Par suite d'erreurs dans la mise en page, les *figures* 1, 2, 6, 7, ne sont pas à leur véritable place. Le lecteur est prié de rétablir les choses ainsi qu'il suit : les figures désignées sous les nos 1 et 2, sont celles qui correspondent aux figures mentionnées dans le texte sous les nos 6 et 7. — Les vraies *figures* 1 et 2 qui correspondent à l'Obs. I ; sont intercalées dans l'Obs. III.

RECUEIL DE FAITS

EPILEPSIE JACKSONNIENNE;

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Depuis les remarquables travaux de M. Hughlings Jackson sur la forme d'épilepsie à laquelle il a attaché son nom, un certain nombre de cas ont éte publiés par divers auteurs. Personnellement, l'un de nous, il y a déjà plusieurs années, en a recueilli deux très beaux exemples suivis d'autopsie, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot.

Le premier relatif à une malade nommée Laulai..., âgée de 18 ans, a fait l'objet d'une communication à la *Société de biologie*[1], intitulée : *Contribution à l'étude des localisations cérébrales; observation d'hémiplégie cérébrale infantile spasmodique* (*épilepsie partielle*). Le second cas a été communiqué à la *Société anatomique* (séance du 28 juillet 1876) ; il avait pour titre : *Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle, état de mal épileptique; mort, foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral*[2]

[1] Séance du 5 janvier 1876 (*Gaz. méd.*, 1876, p. 595).

[2] *Bulletin de la Societé anatomique*, 1876, p. 552-571.

Le fait que nous allons rapporter peut être rapproché des précédents, il offre des particularités qui nous ont paru suffisamment intéressantes pour mériter d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

Epilepsie jacksonnienne. — Hémiplégie gauche à dix ans. — Vertiges à quatorze ans. — Début des accès à dix-sept ans par un état de mal. — Aura du pouce gauche. — Père très nerveux, phthisique. — Grand'mère, tantes paternelle et maternelle mortes phthisiques. — Grands-pères paternel et maternel alcooliques. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle morte d'une affection pulmonaire. — Sœur morte de convulsions. — Frère mort d'une imperforation de l'anus. — Bromure de potassium. — Armures magnétiques. — État de mal. — Mort.

Autopsie : Atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux du même côté. — Foyer ancien occupant les circonvolutions frontales, la frontale et la pariétale ascendantes, le pli pariétal inférieur, le pli courbe.

Grar... (François), né le 3 mars 1854, est entré à Bicêtre le 9 janvier 1879 (service de M. Bourneville).

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, 23 août 1881.) — *Père*, cinquante-trois ans, boulanger, maigre, d'une taille assez élevée; il n'aurait jamais fait d'excès de boisson; il est très nerevux (pas d'attaques); très doux de caractère; il fume peu; marié à vingt-un ans, il n'avait jamais fait de maladie grave jusqu'à ces derniers temps; mais depuis quatre ans, il est presque toujours malade; bronchite et catarrhe pulmonaire[1] : épistaxis fréquentes depuis deux ans; un peu d'acné faciale depuis un an. — [*Père*, mort à soixante-sept ans « un peu d'inconduite »; c'était un vieux soldat; il buvait beaucoup d'eau-de-vie; il avait quitté sa femme. — *Mère* morte à soixante-six ans, en 1852, d'un catarrhe pulmonaire; elle n'était pas nerveuse. — Un *frère* qui, pense-t-on, est en Amérique; — Cinq *sœurs*, dont quatre sont mortes jeunes et l'autre à quarante-sept ans, d'un catarrhe pulmonaire. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Mère, trente-trois ans, ménagère, assez intelligente, sujette à des troubles digestifs et nerveux (gastralgie): depuis quinze ans, elle éprouve des *faiblesses* avec perte de connaissance et sueurs froides; pas d'attaques de nerfs, pas de migraines, pas de convulsions; surdité à gauche; affaiblissement de la vue à droite. [*Père*, charpentier, mort à quatre-vingt-deux ans, d'une *attaque de paralysie* gauche qui l'a enlevé en trois jours; il faisait des *excès*

[1] Le 7 mai 1883, lors de la mort de notre malade, son père était en traitement à l'hôtel-Dieu pour une « bronchite chroniqu ».

de boisson (bière et eau-de-vie). — *Mère*, ménagère, morte à soixante-sept ans, d'une affection pulmonaire avec ascite; quatre *sœurs* : une morte à quarante ans, de la poitrine, les autres bien portantes, ainsi que leurs enfants; quatre *frères* vivants, bien portants; d'autres sœurs et frères sont morts jeunes, on ne sait de quoi (en tout dix-sept enfants, pas d'aliénés, etc.]. — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants* : 1° fille morte à trois ans de *convulsions* en trois jours; elle était bien conformée et intelligente; — 2° fille mariée; elle est souffrante d'une affection vénérienne qui lui aurait été communiquée par son mari et pour laquelle elle est restée en traitement huit mois à l'hôpital Lourcine, salle Astruc; elle n'a pas eu de convulsions, est moins intelligente que les autres; n'a pas d'enfants; — 3° notre malade; — 4° fille, dix-neuf ans, très intelligente, très nerveuse, pleure et rit sans motif, n'a eu ni attaques ni faiblesses; elle est mariée et a un enfant d'un mois; — 5° garçon, mort à dix jours; il ne serait pas allé une seule fois à la selle et rendait des urines pleines de graviers jaunes; il était très gros. La mère pense, sans qu'on le lui ait dit, que cet enfant avait une *imperforation de l'anus.*

Notre malade. — *Grossesse* bonne jusqu'à sept mois et demi, où la mère a eu des chagrins à la suite de la mort de sa fille âgée de trois ans. *Accouchement* à terme, naturel. — A la *naissance*, l'enfant n'était pas cyanosé; il était assez fort; élevé au sein jusqu'à quatorze mois; il a été vacciné à deux mois. Grar..., quoique assez fort, eut alors du *pemphigus* aux bras et à la nuque, et cela jusqu'à sept mois; il a parlé vers dix à onze mois, a marché à dix-huit mois; il était très intelligent. A cinq ans, rougeole; onanisme. A dix ans, vomissements très abondants pendant trois jours, accompagnés de fièvre et d'un peu de délire; le médecin aurait dit que « ça sentait la fièvre typhoïde et la congestion cérébrale »; durée : trois mois. Lorsqu'il a quitté le lit, « *tout le côté gauche était en paralysie* »; on n'avait rien remarqué auparavant; on dut, pendant quelque temps le soutenir sous les bras pour le faire marcher; durant un an, il marcha en traînant la jambe; enfin, la marche redevint régulière. La main, à l'origine, était pendante; il ne pouvait rien tenir; « il oubliait sa main »; ce n'est que vers quinze ans qu'il a pu saisir les objets. On a remarqué que, tandis qu'il ne pouvait retenir les petits objets, il pouvait porter un sceau plein et le monter au premier étage, parce que les doigts formaient crochet; il était content de faire ce travail sous prétexte que *cela détendait son bras.* De onze à quatorze ans, Grar... ne se plaignait pas de la tête; il n'avait pas de migraines: le sommeil était régulier, calme; il n'avait pas de tics, n'éprouvait aucune douleur dans le côté paralysé.

A quatorze ans, *début des vertiges épileptiques* : les yeux tournaient toujours à gauche, « l'œil était presque couvert dans l'orbite, on ne le voyait pas ». Le corps tournait à gauche; il se produisait comme une secousse du corps, il disait : « Maman, on me bat, tu vois on me donne des coups » ; il croyait voir des hommes tout noirs qui voulaient le battre; il les voyait toujours à gauche. Il revenait à lui en quelques secondes, poussait un grand soupir et s'écriait : « Ah! mon Dieu ! »

A partir de cette époque, Grar... se plaignit de douleurs de tête à peu près générales, mais principalement dans le côté gauche. Pendant un an, il eut des vertiges environ tous les deux ou trois jours, puis presque tous les jours pendant un mois; « ses yeux tournaient presque tout le temps; c'était comme des *convulsions internes* »: il ne tombait pas, la figure devenait « violacée, puis jaune après ». Le *bromure de potassium* aurait produit une légère amélioration.

A dix-sept ans, après avoir tourné sur le côté gauche, il tombait à terre toujours du côté gauche ; quelquefois, il disait : « Maman, je suis malade! » et il sentait que l'accès débutait par le pouce de la main gauche. C'est alors seulement qu'on a pu arrêter les accès en renversant le pouce en arrière. En 1874, il eut des accès pendant vingt-trois heures sans reprendre connaissance

Les *convulsions prédominaient dans le côté gauche du corps* d'une manière évidente; elles étaient plus fortes dans le bras et l'œil gauches que dans les parties correspondantes du côté droit. A la suite de cet *état de mal*, Gra... aurait été comme fou pendant un mois; il ne reconnaissait que sa mère, ne parlait pas ou répétait : « Oh ! est-ce bête ! » Ses actes étaient « niais ». Il ne pouvait pas marcher; on le promenait sur une chaise; au bout de quinze jours, il a commencé à marcher très doucement, sans traîner la jambe gauche, qui était, disait-il, plus douloureuse que la droite. Un mois après l'état de mal, la raison et la marche étaient redevenues ce qu'elles étaient auparavant.

Les *accès* étaient diurnes et nocturnes; leur chiffre maximum, en vingt-quatre heures a été de trois; le plus long intervalle entre les accès, huit mois. Il avait des étourdissements fréquents, au plus séparés par un jour d'intervalle. Dans un accès, il a eu l'omoplate droite fracturée; il a été à Lariboisière pendant plusieurs semaines (1872); sauf une plaie du sourcil gauche, c'est le seul accident grave qui lui soit survenu pendant les accès. Depuis son entrée à Bicêtre, il aurait eu trois fois des séries; il se plaint souvent à sa mère de douleurs de l'œil gauche, de ne plus y voir de cet œil par moment; un jour, à la fin d'un accès, il lui disait que son œil était sur l'oreiller. Vers 1876 ou 1877, étant à Paris, il aurait eu des *hallucinations de la vue*.

Pas de manifestations scrofuleuses; en 1871, varioloïde; pas de convulsions ni de vers dans l'enfance; de dix à quatorze ans, il aurait présenté un arrêt de développement; depuis il a grandi. Il n'aurait jamais fait d'excès de boisson, ni eu de rapports sexuels; depuis le début de sa maladie, il ne se livrerait plus à l'onanisme. Il n'était pas peureux.

L'intelligence aurait un peu baissé à partir de l'état de mal; toutefois, il fréquentait l'école du soir, et en 1878, il aurait eu le premier prix d'orthographe. Depuis son entrée à Bicêtre, les facultés intellectuelles auraient beaucoup diminué.

Aura. — Le malade paraît éprouver une véritable crainte (idée fixe, persistante que des distractions seules peuvent surmonter) de voir se fermer ses doigts et se fléchir son poignet, parce que cette flexion est l'indice d'un accès. C'est le pouce qui se fléchit le premier; les muscles de la région antérieure se contractent et sont pris de battements; la main se porte vers le bord radial, puis les doigts se crispent; l'avant-bras, le bras se contracturent et il lui semble que les battements montent; tant qu'il a conscience des battements musculaires, il lui semble que son bras, qui paraît raccourci dans l'aura, exécute plusieurs mouvements de moulinet. De l'épaule, la sensation qu'il éprouve et qu'il dit très difficile à dépeindre, gagne la tête, mais il n'est pas possible d'en reconnaître le trajet exact. Les muscles du côté gauche se contractureraient, la tête s'inclinerait sur l'épaule gauche et la face se dévierait du même côté. Grar... éprouverait des sensations de traction dans l'œil gauche qui se porterait en dehors, mais sans phosphènes, ni vision colorée.

Une fois l'aura arrivée à la tête, le malade perd connaissance. C'est au moment où la main se crispe, pour employer l'expression du malade, qu'il appelle ses camarades à son secours : « Voilà un accès! » s'écrie-t-il, ou bien: «Tiens, voilà que cela me prend», ou bien encore : « Mon Dieu! mon Dieu ! » Quand la contracture des doigts peut être vaincue, l'accès avorte, sinon il éclate.

Le plus souvent l'apparition, de l'aura est provoquée par une *peur*, une *émotion*, une farce d'un camarade; le malade sursaute, le bras se raidit, et les symptômes décrits ci-dessus se produisent. L'action de fixer longtemps avec l'œil gauche déterminerait aussi les phénomènes de l'aura. Le seul fait de ne pas tenir sa main et de ne pas lutter contre sa flexion le tourmente, l'obsède et cette idée fixe paraît provoquer la contracture de la main. Quand il est distrait (il travaille au marais, traîne la brouette, etc.), il peut sans danger laisser la main libre, même dans la poche; mais dès qu'il y pense, il est obligé de la tenir. — Il n'a pas d'aura du pied, ni de l'épigastre, etc. Grar... a toujours le temps de s'asseoir avant l'accès.

Description de l'accès. — Si l'accès n'a pu être arrêté par les manœuvres indiquées, Gra... perd connaissance sans cri ou après avoir poussé un petit cri étouffé; les yeux plus humides présentent du nystagmus, se tournent en haut et à gauche, les paupières sont ouvertes, les pupilles dilatées ; la face est tournée à gauche : la *rigidité est plus prononcée au bras et à la jambe gauches;* les secousses tétaniformes très prolongées sont égales des deux côtés. Secousses cloniques des deux côtés mais *plus prolongées à gauche*, surtout au membre superieur, *parfois limitées à la partie gauche du corps.* Durée : cinquante secondes : pas de miction involontaire. Gra... reprend généralement connaissance de suite sans avoir eu de période de stertor, ni de ronflement; toutefois on a noté dans plusieurs accès, de l'écume sanguinolente, du stertor et des mouvements automatiques (le malade chiffonnait ses bourses et sa verge).

État actuel (11 mars 1882). — *Tête* normalement développée. *Crâne*, assez régulier, symétrique, d'aspect arrondi plutôt qu'ovale. La région occipitale, les bosses pariétales et les apophyses mastoïdes sont moyennement développées. *Front* moyen, assez large, sans proéminence des bosses frontales, et des arcades sourcillières. *Oreilles*, six centimètres et demie; lobules adhérents.

Diamètre antéro-postérieur	17 8
— bi-pariétal	14.5
Grande circonférence	52
Demi-circonférence droite et gauche .	26

La *face* est oblongue, assez sèche; les saillies osseuses sont accentuées. La moitié gauche est moins développée que la droite. La saillie malaire est moins accentuée. La bouche est tirée à droite; la commissure labiale droite est légèrement élevée au repos; la déviation s'accentue par le rire; il siffle facilement, le menton est tiré un peu à droite. Les yeux paraissent égaux.

Iris bleus; pupilles égales, pas de lésions oculaires; il fixe difficilement avec l'œil gauche; lorsqu'il le fait, il sent, dit-il, que son œil se tire, qu'il se dévie en dehors, qu'il peut alors voir ce qui se passe derrière lui ; s'il continuait à fixer, il aurait un accès. — *Nez* aquilin dévié un peu à droite.

Bouche moyenne; *lèvres* assez fines, bien dessinées. Les maxillaires supérieur et inférieur sont réguliers; dentition irrégulière, très incomplète, cariée. — *Langue* : pas de cicatrices. — *Voûte* palatine large, plate, symétrique.— *Voile du palais*, *piliers*, *amygdales*, *pharynx*, sans anomalies.

Cou long, grêle; cartilage thyroïde saillant; en arrière, deux cicatrices paraissant consécutives à un séton. — *Thorax* bien con-

formé; le muscle grand pectoral gauche paraît moins développé que le droit. Pas de déviation du *rachis*.

Membres supérieurs. — A l'inspection, le membre gauche n'a pas d'attitude vicieuse et paraît un peu moins développé que le droit; c'est surtout évident pour l'avant-bras. Il existe une tendance de la main à se contracturer en flexion dans toutes les parties, tendance à laquelle le malade résiste continuellement. Le bras gauche est à la palpation plus dur que le droit; le biceps est contracturé, tendu, ferme; l'avant-bras n'est pas dans la flexion, il est aussi très dur, et les muscles de la région antérieure paraissent durs comme du bois; ceux de la région postérieure ne sont pas modifiés. La main n'est pas dans une position vicieuse; la paume est aplatie ainsi que la face antérieure des doigts, par suite de la pression continuelle de la main opposée. Nous notons encore une sorte de subluxation en arrière de toutes les phalangines de la main gauche, luxation due à l'extension continue et forcée produite par l'autre main; dès qu'il l'abandonne à elle-même, les doigts se fléchissent peu à peu, ou bien, restant droits, le poignet se fléchit. Le malade tient presque sans cesse son pouce, qui a de la tendance à se fléchir et à venir se mettre en opposition avec la base du petit doigt. Lorsque la flexion s'est produite par hasard, il devient alors difficile de ramener le pouce dans l'extension. Grar.. prétend ressentir aussi, principalement la nuit, un engourdissement dans le petit doigt de la main droite; la sensibilité dans ses divers modes y est conservée. Il n'y a ni troubles de nutrition, ni modification du côté du système pileux. Au toucher, la température paraît plus basse du côté paralysé. Cicatrices de vaccin aux deux bras; une petite cicatrice au coude gauche.

	DROITE.	GAUCHE.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . . .	27	25.5
— du bras à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne	25	23.5
— de l'avant-bras à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne	22.5	21
— du poignet.	15.5	15
— du métacarpe	21.4	21
Distance acromio-olécrânienne.	34.5	43
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	23	22
— de celle-ci à l'extrémité du doigt médius. .	17	16.5

Les *membres inférieurs* ne présentent pas de grande différence à la vue; leur attitude ne paraît pas vicieuse; toutefois on remarque une sorte d'érection du deuxième orteil gauche, qui se trouve placé un peu au-dessus des deux orteils voisins accolés l'un à l'autre. La position varie, du reste, et elle n'est telle que nous venons de la décrire que lorsque le deuxième orteil est contracturé. Le pied

n'offre pas de malformation. — Mouvements volontaires et faciles; mouvements communiqués complets. — Pas d'épilepsie spinale; *réflexe tendineux* également développé de deux côtés. Pas de modification de nutrition.

	DROITE.	GAUCHE.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine. . .	47	47
— à 10 cent. au-dessus de la rotule . .	39	38.5
— de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	30	30
— de la jambe au niveau des malléoles	22.5	22.5
— du métatarse	20.5	20 5
Distance de l'apophyse iliaque ant. et sup. à l'extrémité supérieure du tibia	50	49
— de celle-ci à la malléole externe.	28	28
— de celle-ci à l'orteil médian	18	18

Organes génitaux bien conformés, testicules volumineux. *Onanisme* de trois à dix ans; il n'aurait jamais été porté pour les femmes.

Les *fonctions digestives* sont normales; cependant Grar... aurait quelques accès éloignés de gastralgie. Selles régulières et volontaires. Foie et rate normaux.

Respiration et *circulation*. — Ni toux, ni sueurs nocturnes, ni points; quelques râles au sommet gauche; expiration soufflante à droite. — Les battements du cœur sont réguliers, forts.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses divers modes; le malade prétend que le côté paralysé serait plus sensible que l'autre.

Vue assez longue, égale de chaque côté.

Ouïe et *goût*. — Rien de particulier.

Odorat. — Coryza fréquent; Grar... perçoit également bien les odeurs des deux côtés, lorsqu'il n'a pas de catarrhe nasal.

Intelligence. — Lorsqu'il a une idée, il ne peut s'en détacher. Il travaillait dans un bureau avant son entrée (banquier, notaire, métreur); il dit que sa tête n'est plus bonne depuis son entrée à Bicêtre; qu'il n'a plus de mémoire; il se rappelle cependant toute l'histoire de sa maladie[1]. Caractère doux.

[1] « A l'âge de dix ans, j'ai été atteint de congestion cérébrale de laquelle il m'est resté une demi-paralysie dans tout le côté gauche. Cette paralysie s'est empirée de plus en plus, si bien que la moindre émotion me donnait sur les nerfs qui se contractaient et me donnent des accès; *depuis deux ou trois jours seulement, tout a changé dans la main qui se contracte toujours et qui correspond à l'œil qui, si je fixe avec, se contracte immédiatement et me fait perdre la tête, et me fait tourner, et c'est une agitation que je cherche à arrêter en maintenant les doigts qui se ferment Pendant l'agitation j'ai vu comme cela arrivait, il y a plusieurs années*

1879. — 6 *octobre*. Grar... prend depuis longtemps 4 gr. de *bromure de potassium*.

23 *oct*. Depuis hier jusqu'à ce matin six heures, ce malade a eu 167 accès, et depuis ce matin jusqu'à onze heures 7 accès; la connaissance est parfaitement conservée; elle revient aussitôt après chaque accès. Pouls, petit, régulier, à 92. T. R. 37°,4.

25 *oct*. 6 gr. de bromure de potassium.

1er *novembre*. Bromure de potassium, 8 gr.

9 *novembre*. *Purgatif*: eau de Sedlitz; suspension du bromure de potassium pendant deux jours; recommencer par 4 gr. et augmenter progressivement jusqu'à 8 gr.

1880. — 7 *juin*. Le bromure a été supprimé dans les premiers mois de l'année; depuis le 14 avril, il en prend 4 gr. — Augmenter progressivement.

4 *septembre*. Le traitement a été suivi d'une façon fort irrégulière. Bromure de potassium, 2 gr.; augmenter d'un gramme par semaine jusqu'à 8 gr.

1881. — 16 *avril*. *Adéno-phlegmon* de l'aisselle gauche consécutif à de l'*eczéma* impétigineux de la face dorsale des premières phalanges des premier, quatrième et cinquième doigts; pas de traces de lymphangite; par l'incision il s'écoule une grande quantité de pus. Pansement phéniqué.

25 *avril*. Guérison de l'adéno-phlegmon.

6 *août*. Le malade a des accès fréquents, de la céphalalgie avec éblouissements, la face est congestionnée, il délire. Les accès sont toujours arrêtés par la flexion de la main en dehors. — Bain, sangsues derrière les oreilles; lavement avec 60 gr. de miel de mercuriale.

13 *décembre*. On soumet le malade au traitement par les *armures magnétiques;* on lui applique au poignet un bracelet composé de vingt-deux petites plaques.

17 *déc*. Grar... prétend que, depuis l'application du bracelet, il peut s'étendre dans son lit, ce qu'il n'aurait pu faire auparavant; il ajoute qu'il lui est plus facile de renverser sa main; qu'il est moins émotionnable; cependant il tient tout le temps son pouce gauche de la main droite.

1882. — 18 *février*. Le malade est toujours satisfait de son bracelet, à condition qu'on le lui charge assez fréquemment.

dans les crises, des êtres fantastiques qui dansent autour de moi, mais je n'ai pas perdu connaissance, car je me rappelle avoir dit : « Ce sont les nerfs qui travaillent »; je ne puis dormir, et, le matin en me levant, j'ai un mal de tête à ne pas pouvoir la lever, et qui se dissipe petit à petit. Bien souvent, quand les nerfs viennent d'être agités j'ai des maux de cœur qui me retirent l'appétit. »

15 *mai*. Le traitement par le bromure de potassium a été continué par erreur. On le supprime. Le bracelet est renouvelé.

18 *mai*. Le malade raconte de lui-même qu'après le renouvellement du bracelet, il aurait éprouvé pendant quelques instants un sentiment de chaleur dans la main gauche.

1er *juillet. Suppression du traitement par les armures magnétiques.*

	1879		1880		1881		1882		1883	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier . . .	62	—	1	4	5	6	8	4	127	»
Février . . .	32	—	2	2	1	2	6	3	91	2
Mars . . .	»	—	1	4	3	1	7	5	9	17
Avril . . .	»	—	3	5	5	1	8	1	8	87
Mai. . . .	1	—	3	6	»	3	5	3	283	225
Juin. . . .	3	—	5	2	6	4	6	2	—	—
Juillet . . .	2	—	3	9	4	1	6	3	—	—
Août . . .	4	—	4	1	159	25	9	6	—	—
Septembre . .	2	—	3	7	6	3	7	4	—	—
Octobre. . .	421	11	5	5	3	2	4	5	—	—
Novembre .	1	»	5	4	7	10	8	11	—	—
Décembre . .	»	»	3	9	11	4	9	3	—	—
Totaux . .	351	11	38	57	210	62	83	50	518	331

Durée du traitement par les armures magnétiques : 6 mois 1/2.

Poids. — 2 novembre 1879 : 50 kil.
— 16 septembre 1880 : 51 kil. 500 gr.
— 31 janvier 1882 : 51 kil. 500 gr.
— 31 juin — : 50 kil 500 gr. taille : 1 m. 62.
— 31 janvier 1883 : 50 kil. 600 gr.
— 6 mai — : (après le décès) 42 kil. 700 gr.

En consultant le tableau des accès, on voit que les armures magnétiques, appliquées régulièrement pendant six mois n'ont produit aucune amélioration de la maladie qui a suivi une marche ascendante ; si l'on en croit le malade, il en aurait cependant retiré un léger bénéfice; il lui serait plus facile de vaincre la flexion de son poignet gauche [1].

1883. — 3 *mai*. Le malade a eu une *série d'accès* (24 accès et 39 vertiges le jour, 29 accès et 132 vertiges la nuit).

4 *mai*. Gra... est très abattu, il repose dans le décubitus dorsal; il répond aux questions avec lenteur. — 4 gr. de bromure de potassium dans la nuit; — eau-de-vie allemande, 30 gr.; — bain;

[1] Une partie de cette observation a été utilisée par M. Bricon dans sa thèse.

— lotions vinaigrées. *Soir* : T. R. 40°,5. — 64 accès dans la journée; 157 dans la nuit (*Etat de mal*).

5 *mai*. A la visite, on le trouve dans un état de stupeur très prononcé; il se plaint toutefois spontanément d'un empâtement de la langue. — Il n'a pas eu d'accès depuis quatre heures du matin. Jusqu'à sept heures, il n'avait prononcé aucune parole; à ce moment il s'est plaint d'avoir soif. — La face amaigrie présente une coloration terreuse et bronzée; les yeux sont fortement excavés. Les paupières gauches sont moins ouvertes que les droites; les pupilles sont égales, de dimension normale. Le nez est effilé, les narines sont pulvérulentes; les lèvres légèrement blanches. La langue est couverte d'un enduit gluant, sec et grisâtre: la gorge est sèche, couverte de mucosités. Les mains sont très cyanosées; la main droite offre des ulcérations consécutives à des engelures. La déglutition est facile ; — il n'y a pas de vomissement. La respiration est dyspnéique; on trouve seulement à la base droite quelques râles sous-crépitants. Percussion normale. Ni toux, ni expectoration. Le pouls est très petit, presque filiforme, à 120.

L'abdomen est un peu déprimé. Le malade est complètement *gâteux* depuis deux jours ; ordinairement il est propre. Les selles ont été peu nombreuses à la suite de l'administration de l'eau-de-vie allemande. On constate un léger érythème de la fesse droite. On ne trouve nulle part de paralysie ou de contracture; il n'y a pas de raideur du cou. — Lavement purgatif, lotions vinaigrées; un quart de lavement avec 40 centigr. de sulfate de quinine; limonade vineuse; trois sangsues derrière chaque oreille. T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 41°

6 *mai*. Le malade n'a eu ni accès ni vertiges depuis hier. Le matin, il aurait prononcé quelques paroles, il s'est affaibli progressivement et est mort à huit heures du matin, sans avoir eu de nouveaux accès. La température rectale, prise aussitôt après la mort est de 41°,3.

AUTOPSIE le 7 mai 1883. — A l'ouverture de la *cavité abdominale* l'on ne constate aucune anomalie; la position des organes est normale; le péritoine est sain; pas d'épanchement. Le *foie* (1,305 gr.) remonte normalement et ne déborde pas les fausses côtes; il présente quelques adhérences en deux ou trois points de sa surface, et est un peu gros.

Les *cavités pleurale* et *péricardique* ne contiennent pas de liquide en quantité anormale. Le *cœur* est un peu pâle et mou, en diastole. Les valvules, l'endocarde, etc., ne présentent rien de particulier. Crosse de l'aorte normale. — En arrière, le *poumon gauche* (653 gr.) présente quelques adhérences assez faibles, tout son lobe inférieur est congestionné. — Pas de tubercules. Sur le *poumon droit* (450 gr.) on trouve les mêmes lésions, mais moins

accusées. — La *rate* (90 gr.) présente deux nodules crétacés de la grosseur d'un petit pois.

Tête. — Le *cuir chevelu* est normal sans ecchymose. Les *os du crâne* sont peu épais, denses; le diploé est peu développé et n'existe pas à certains endroits. Au niveau de la partie moyenne du frontal et des deux bosses pariétales, les os sont très amincis et transparents. On constate une dépression au niveau des granulations de Pacchioni, cette dépression est surtout très prononcée à gauche où l'os n'est plus constitué que par une très mince lamelle de moins d'un millimètre. Toutes les sutures sont ossifiées, mais toutefois la suture fronto-pariétale ne l'est qu'incomplètement sur la table externe. Au niveau de la suture inter-pariétale, surtout à sa partie postérieure, la table externe est irrégulière, bosselée. Dans le diploé se trouvent de petits points jaunes comme crétacés. La face antérieure du *rocher* fait une saillie un peu plus accusée à droite qu'à gauche

La *dure-mère* est normale.

Le *liquide céphalo-rachidien* paraît être un peu plus abondant que de coutume. La *pie-mère* présente une vascularisation généralisée (base et convexité).

Dès l'abord, l'on est frappé de l'*atrophie considérable* de *l'hémisphère droit* qui présente une sorte d'encoche séparant le lobe frontal du lobe pariétal. La pie-mère offre là une véritable infiltration celluleuse; elle est distendue par le liquide céphalo-rachidien, sous forme de pseudo-kyste.

Les *artères de la base* paraissent égales. — Les *nerfs olfactifs* sont égaux. — Le *chiasma*, les *nerfs optiques*, les *bandelettes optiques*, les *tubercules mamillaires* sont égaux et blancs. — Le *pédoncule cérébral droit* n'est pas aussi bombé que le gauche. Il existe au niveau de son tiers interne avec son tiers moyen une petite dépression. La protubérance paraît symétrique; le sillon médian a une largeur d'au moins deux millimètres. — Les *pyramides* sont égales ainsi que les *olives* qui sont très fermes; ces différentes parties sont également colorées.

L'*encéphale* pèse 1,090 gr. — L'*hémisphère cérébral droit* pèse 90 gr. de moins que le gauche. — *Cervelet et isthme :* 152 gr. — L'*hémisphère cérébelleux droit* pèse 20 gr. de moins que le gauche qui est un peu plus ferme. On n'y constate aucune lésion microscopique. — La *protubérance* et le *bulbe* (celui-ci coupé un peu court) pèsent 22 gr.

La *décortication* de l'hémisphère gauche se fait avec facilité. Le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, les *masses grises* centrales, n'offrent rien de particulier.

La *décortication* de l'hémisphère droit s'opère facilement, sauf au niveau du centre d'un *foyer ancien* où la pie-mère se présente sous

forme d'une lamelle qui entraîne un peu de substance nerveuse. Le foyer a une coloration jaunâtre générale avec des îlots rosés. (Pl. VI). Il semblerait que la substance grise forme une sorte de voile mobile sur la crête de la substance blanche sous-jacente.

Hémisphère droit. — *Face convexe.* Dans son ensemble il est plus court et moins large que l'autre hémisphère ; tandis que le bord interne du lobe orbitaire gauche mesure quatre centimètres et demi, celui du côté droit n'en mesure que trois en longueur. Le lobe orbitaire gauche a trois centimètres et demi de largeur, le droit a presque la même largeur. Les *circonvolutions* de la face orbitaire sont un peu moins développées en longueur que celles du côté gauche, mais sont saines. La *troisième circonvolution frontale* mesure dix centimètres et demi en longueur environ ; elle est saine dans un à deux premiers centimètres antérieurs ; mais elle est atrophiée dans ses autres parties ; l'atrophie porte principalement sur la face antérieure, la partie correspondante au lobule de l'insula étant moins défigurée. — La *deuxième circonvolution frontale* est saine sur une longueur de un centimètre et demi à peine en avant ; elle est complètement atrophiée dans tout le reste de son étendue jusqu'à son insertion sur la frontale ascendante. — La *première circonvolution frontale* est considérablement atrophiée dans sa partie moyenne sur une longueur de 3 centimètres ; en arrière son insertion est saine et les deux centimètres qui la précèdent sont complètement sains sur la face interne et le bord supérieur, mais la face externe de cette partie répondant au deuxième pli de la première frontale est lésée (Pl. VI, F_1). — La *frontale ascendante* est atrophiée dans ses trois centimètres inférieurs ; l'atrophie est considérable ; cette partie est par rapport à la partie saine comme 1 est à 3 ; cependant sur le milieu de la face antérieure de la partie saine on trouve un petit foyer (Pl. VI, F*a*). — La *pariétale ascendante* est détruite dans ses trois centimètres inférieurs ; les deux centimètres et demi supérieurs sont sains. — Les parties saines de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante comparées aux parties correspondantes du côté gauche sont beaucoup moins volumineuses (Pl. VI et VIII, F*a*, P*a*).

Les parties lésées de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante comprennent toute l'épaisseur et toutes les faces de la circonvolution. — Le *lobule pariétal inférieur* est détruit dans toute son épaisseur. Il en est de même de la moitié antérieure du pli courbe ; à ce niveau il existe une sorte de cavité assez profonde où vient se perdre la partie supérieure de la scissure parallèle (Pl. VI, *spp*). — Le *lobule de l'insula* présente trois branches bifurquées.

Toutes les parties occupées par la lésion sont en retrait sur les parties saines environnantes, d'où une dépression marquée comblée par la pie-mère infiltrée (*pseudo-kyste*).

Trois coupes verticales pratiquées sur la lésion montrent que le

foyer n'atteint pas les masses centrales mais qu'il intéresse les circonvolutions ainsi qu'une partie du centre ovale. La couche optique et le corps strié sont un peu moins volumineux que ceux du côté sain.

Au niveau de la lésion, la pie-mère, comme nous l'avons dit plus haut, s'est enlevée avec facilité, mettant à nu une surface rosée, de consistance mollasse, mais cependant assez résistante. *Cette substance soulevée avec la pince glissait sur le squelette de substance blanche comme une sorte de membrane : c'est la substance grise détachée de la substance blanche.* — La lésion diffère donc de la *méningo-encéphalite* ordinaire dans laquelle la pie-mère est si adhérente à la substance grise que, dans son ablation, on met à nu le squelette de substance blanche tandis que la substance grise, adhérente à la pie-mère, offre les reliefs et les dépressions correspondant aux circonvolutions.

L'examen des autres parties n'a eu lieu qu'après macération du cerveau dans l'alcool; la substance grise des parties lésées s'est plissée, ridée sur la substance blanche et a pris une coloration légèrement jaunâtre.

Toutes les parties postérieures ont un aspect normal, mais sont plus élémentaires que celles du côté opposé; les *sillons*, sauf les principaux, sont très superficiels. Les *circonvolutions* ont un aspect légèrement *chagriné* qui ne se retrouve pas de l'autre côté. Le lobe occipital est relativement assez volumineux.

La *première circonvolution temporale* est parfaitement distincte avec un sillon assez profond, mais la seconde n'est séparée de la troisième qu'en avant. La première temporale envoie au fond de la scissure de Sylvius un seul pli bifurqué (Pl. VI) à sa base seulement. Il est d'ailleurs assez volumineux.

Face interne. — La partie moyenne de la première frontale est entièrement détruite et n'a plus qu'une épaisseur de deux à trois millimètres (Pl. VII). La *circonvolution du corps calleux* est saine, toutefois elle présente une sorte de renflement en massue à l'origine de sa portion horizontale (supérieure). — Le *lobe paracentral* est bien développé avec un sillon médian central. — Le *lobe carré* est large et paraît normal ainsi que le *coin*, la face interne du *lobe occipital*, la *corne d'Ammon*, la *circonvolution de l'hippocampe*.

Hémisphère gauche. — Face convexe. Le *lobe frontal* est bien développé. La *première circonvolution frontale* est très plissée; son insertion est régulière. La *deuxième circonvolution frontale* est à la fois très plissée et très sinueuse; elle ne présente pas d'insertion sur la *frontale ascendante*. La *troisième circonvolution frontale* est relativement moins développée que les deux précédentes; elle possède une insertion régulière sur la partie inférieure de la frontale ascendante. — La *circonvolution frontale ascendante* est bien développée, régulière. Le *sillon de Rolando* est normal. — La

circonvolution pariétale ascendante paraît normale. — Le *pli pariétal supérieur*, le *pli pariétal inférieur*, et le *pli courbe* sont très distincts; à cet égard c'est un cerveau type.

Les circonvolutions du *lobe occipital* sont assez volumineuses. Le *lobule de l'insula* possède trois digitations subdivisées. — Les *circonvolutions temporales* sont normales, sinueuses. — La première envoie de sa partie moyenne un pli assez large, de forme conique vers le fond de la scissure de Sylvius. Ce pli présente un sillon longitudinal assez superficiel. A un centimètre en arrière de ce pli en part un autre court et simple (Pl. VIII, *p*.). Entre ces plis vient s'emboîter un petit prolongement du pli pariétal inférieur.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est double, mais interrompue à sa partie moyenne par un sillon perpendiculaire (Pl. IX, s); elle se termine sur le *lobe paracentral*) (L P) sans séparation. Le *lobule paracentral* est volumineux, presque coupé en deux par un sillon vertical. — Le *lobe carré* (L Q), le *coin* (L C), le *lobe occipital* (L O), sont normaux (Pl. IX).

Réflexions. — Cette observation nous semble comporter les remarques suivantes :

I. Si nous exceptons la *tuberculose* dont ont été atteints le père de Grar... et plusieurs de ses grands parents, nous ne trouvons aucune affection nerveuse ou héréditaire dans la famille de notre malade; ajoutons seulement que les deux grand-pères étaient *alcooliques*.

II. Jusqu'à l'âge de dix ans, Grar... a joui d'une bonne santé, son intelligence était normale. A cette époque, dans le cours d'une fièvre typhoïde (?), il fut atteint d'*accidents cérébraux* sur lesquels des renseignements précis nous font défaut et à la suite desquels on constata une *hémiplégie gauche*. Celle-ci alla s'améliorant, la marche redevint régulière, et, sauf une *contracture intermittente* du deuxième orteil gauche, les deux membres inférieurs ne présentaient, en 1882, que de très légères différences. Au membre supérieur gauche la paralysie persista plus longtemps, et ce ne fut que vers quinze ans que Grar... put saisir certains objets; certains groupes musculaires se contracturèrent.

III. C'est quatre ans après le début de la lésion initiale qu'apparaît l'épilepsie d'abord sous la forme de *vertiges* (quatorze ans), puis sous forme d'*accès* (dix-sept ans). Pendant l'accès, les *yeux* et la *face* étaient tournés à *gauche* ; la rigidité était plus prononcée de ce *même côté*, les secousses tétani-

formes étaient égales des deux côtés; mais, pendant la période clonique, les secousses étaient plus prolongées à *gauche*, surtout au *membre supérieur*. Enfin, dans certains accès, surtout les accès isolés, les convulsions étaient limitées à la *moitié gauche* du corps.

L'accès, comme nous l'avons vu (p. 300), était toujours précédé d'une *aura* siégeant dans la main gauche; celle-ci avait une tendance à se contracturer en flexion dans toutes ses parties, le pouce se fléchissant le premier; aussi Gr... maintenait-il presque sans cesse, avec l'autre main, la main gauche dans l'extension forcée. Le malade pouvait faire avorter les accès en renversant le pouce ou la main entière en arrière. L'accès n'éclatait que si la contracture ne pouvait être vaincue. Cette tendance à la contracture n'était pas permanente; elle ne paraissait pas se produire quand le malade était *distrait*.

Grar... se plaignit plusieurs fois de troubles visuels à gauche; ceux-ci ne furent que momentanés, mais toutefois l'action de fixer longtemps avec l'œil gauche déterminait les phénomènes de l'aura.

Notre malade a eu, à plusieurs reprises, des *séries* d'accès; il eut de plus, en 1874, un *état de mal* sur lequel nous manquons de renseignements. Enfin, en 1883, il survint un nouvel *état de mal* auquel le malade a succombé et qui a offert la plupart des symptômes de l'état de mal ordinaire, entre autres l'élévation de la température.

IV. Les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie n'intéressent que l'hémisphère droit qui présente un ancien foyer comprenant : 1° la partie postérieure de la *troisième circonvolution frontale* et de la *deuxième circonvolution frontale;* 2° la partie moyenne de la *première circonvolution frontale;* 3° la *frontale* et la *pariétale ascendantes* dans leurs parties inférieures; 4° le *lobule pariétal inférieur*, et 5° la *moitié antérieure* du *pli courbe*. Ces lésions expliquent parfaitement les phénomènes éprouvés par notre malade, et notamment la *prédominance* des accidents convulsifs, dans le *membre supérieur gauche*, dont le centre moteur, qui occupe la moitié inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, était détruit à un degré prononcé par le foyer pathologique. En ce qui concerne le membre inférieur qui est plus spécialement sous la dépendance des parties supérieures de la zone motrice, nous avons vu que, dans les accès, il était moins fortement atteint que le memb e supérieur; or,

l'autopsie nous a montré que, au niveau de sa zone, les lésions étaient beaucoup moins prononcées et même nulles dans la portion supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes.

Relativement aux lésions de l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale, du *lobule pariétal inférieur* et du *pli courbe*, nous nous contenterons de signaler leur relation probable avec les phénomènes observés du côté de la face et surtout avec les symptômes oculaires.

Nous bornons là ces réflexions. Les détails consignés dans l'observation, la description des lésions notées à l'autopsie et que représentent fidèlement les planches dessinées par M. Leuba, permettront d'utiliser notre observation à propos d'autres faits.

REVUE CRITIQUE

LA SYNONYMIE DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES DE L'HOMME[1];

Par P. KÉRAVAL

Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

II. Face interne ou médiane des hémisphères cérébraux. —C'est la surface plane qui, dans chaque hémisphère, surmonte le corps calleux et tourne tout autour de lui. Elle est séparée de sa congénère du côté opposé par la faux du cerveau. — Chaque lobe y est représenté.

A. *Lobe frontal interne*. — Les limites en sont marquées inférieurement par la *scissure calloso-marginale* (Huxley, Bischoff, Turner, Marshall).

Synonymie : *scissure festonnée* (Pozzi); *Balkenfurche* (sillon du corps calleux (Ecker); *Sulcus medialis fronto-parietalis*

[1] Voy. page 181.

(Pansch); *Sulcus fronto-parietalis* (Pansch); *Scissure du corps calleux* (Huxley, Bischoff); *Grand sillon du lobe fronto-pariétal* (Gratiolet); *Scissure sous-frontale* (Broca).

Elle commence en arrière de l'encoche du sillon de Rolando, sous le nom de scissure fronto-pariétale interne (Pansch, Pozzi), contourne la partie postérieure (pariétale) du lobule paracentral et, formant une grande boucle à convexité antérieure, vient se terminer au-dessous du genou du corps calleux. Elle envoie, dit Schwalbe, quelques ramifications secondaires. L'une d'elles, notamment, appartient au lobule paracentral qu'elle borne en avant et mérite le nom de *sulcus paracentralis*

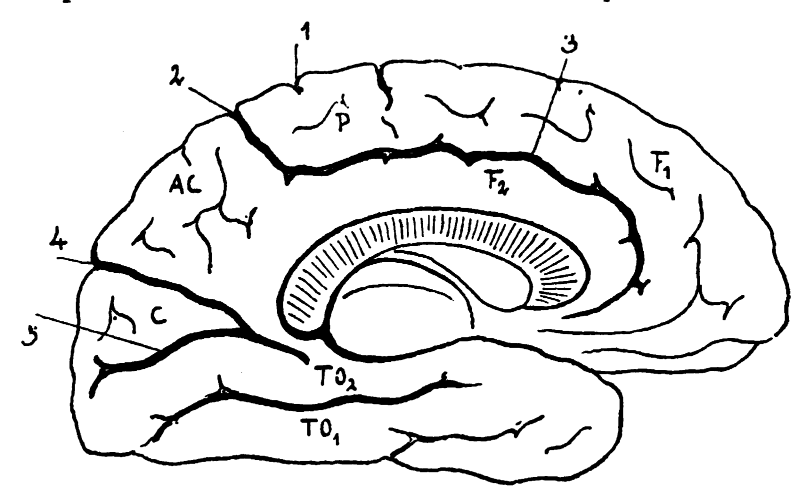


Fig. 11.—*Face interne. Hémisphère gauche.* 1, sillon de Rolando; 2, scissure fronto-pariétale interne; 3, scissure calloso marginale; 4, scissure perpendiculaire interne; 5, fissure calcarine.

F_1, première circonvolution frontale interne; F_2, deuxième circonvolution frontale interne; P, lobule paracentral; AC, lobule quadrilatère ou avant-coin; C, coin, ou lobule occipital interne; TO_1, première circonvolution temporo-occipitale, ou lobule fusiforme; TO^2, deuxième circonvolution temporo-occipitale ou lobule lingual.

(incisure préovalaire de Broca); mais il est à remarquer que ce sillon est le plus souvent séparé de la scissure callosomarginale par un pont de substance nerveuse, de sorte que l'on ne saurait dire qu'il dépende de la scissure calloso-marginale. Assez fréquemment aussi, la scissure calloso-marginale, au

moment où elle s'infléchit pour rejoindre la scissure fronto-pariétale, projette en arrière un sillon qui va horizontalement presque jusqu'à la scissure perpendiculaire interne (pariéto-occipitale); ce sillon appartient à l'avant-coin et, comme le plus habituellement il n'existe pas de continuité directe entre lui et la scissure calloso-marginale, comme les plis de passage pariéto-limbiques (voy. § B. plus bas) s'opposent à son raccord immédiat, soit avec la scissure calloso-marginale, soit avec la scissure perpendiculaire interne, il est rationnel de lui conserver le nom de *scissure sous-pariétale* (voy. *infrà*) qui consacre sa place à la base de l'avant-coin. On peut avec les mêmes restrictions regarder le *sillon sus-orbitaire,* et les *incisures sus-orbitaires inférieures*, de Broca, comme formées par la scissure calloso-marginale.

Une confusion s'établirait aisément à propos de la dénomination de scissure, sillon du corps calleux (Ecker, Huxley, Bischoff). Schwalbe, en effet, impute cette expression non plus à la scissure calloso-marginale, mais à la scissure sous-jacente à la circonvolution du corps calleux (rainure du corps calleux de Broca), qui, bornant ce dernier en haut, se prolonge en arrière et en bas, dans la fissura hippocampi (scissure des hippocampes). Il est bon qu'on soit prévenu à ce sujet. (*Fig.* 11.)

Au-dessus de la scissure calloso-marginale, on rencontre :

a. En avant, la *première circonvolution frontale interne.*

Synonymie : *Second pli* ou *pli de la zone externe du lobe fronto-pariétal* (Gratiolet) ; *Gyrus frontalis superior sive primus* (Schwalbe) ; *Gyrus medialis fronto-parietalis* (Pausch) ; *Marginal gyrus* (Turner).

Elle est, en définitive, la face interne de la première frontale externe.

b. En arrière, le *lobule paracentral.*

Ce petit rectangle est la zone de réunion supérieure et médiane des deux circonvolutions (frontale et pariétale) ascendantes. Schwalbe prétend que ce lobule appartient à la frontale ascendante seule, parce que l'encoche du sillon de Rolando est très rapprochée du sillon calloso-marginal. D'après cet auteur, la pariétale ascendante ne se relierait au lobule paracentral que par un pont très étroit de substance nerveuse situé à la lisière du manteau des circonvolutions, entre les extrémités supérieures du sillon de Rolando et du sillon calloso-marginal.

Au-dessous de la scissure calloso-marginale passe la *deuxième circonvolution frontale interne*.

Synonymie : *Circonvolution du corps calleux* (Broca); *Convolution of corpus callosum* (Turner); *Circonvolution crêtée; processo ènteroideo cristato* (Rolando); *Bogenwulst. Aeusseres Gewölbe* (Arnold); *Circonvolution de l'ourlet* (Foville); *Zwinge, cingula, gyrus cinguli* (Burdach, Pansch); *Pli du corps calleux, grand pli commissural interne* (Pozzi); *Callosal gyrus* (Huxley); *Fornix periphericus* (Arnold); *Gyrus fornicatus* (Ecker).

C'est bien, comme le dit Pozzi, une sorte de circonvolution de passage qui rattache les uns aux autres, et au lobe temporal, les lobes de la face interne. Elle se continue, en effet, par l'isthme du corps calleux, qui sera signalé plus loin, c'est-à-dire en avant de la pointe antéro-inférieure de la scissure calcarine, avec le gyrus hippocampi et le pli unciforme qu'on peut, nous l'avons déjà dit, relier aussi en partie au lobule lingual.— Entre cette circonvolution et le corps calleux se trouve le *sulcus corporis callosi* (Schwalbe), ou rainure du corps calleux, de Broca. (Voy. *suprà*.)

B. *Lobule pariétal interne*.— Sis entre la scissure fronto-pariétale interne et la partie interne de la scissure pariéto-occipitale perpendiculaire (perpendiculaire interne), ce lobule a pour synonymes :

Præcuneus, *Vorzwickel*, *avant-coin* (Burdach, Ecker); *Lobule quadrilatère* (Foville); *Lobe carré*, *quadrate lobule*, *lobus quadratus* (Gratiolet, Huxley); *Partie du gyrus cinguli* (Pansch).

Selon que les quelques petits sillons que nous avons déjà mis en relief à propos de la grande scissure calloso-marginale, se rattachent ou non à celle-ci, selon qu'on a affaire à telle ou telle individualité, la continuité de l'avant-coin avec la circonvolution du corps calleux est plus ou moins parfaite. Nous en avons déjà touché un mot. Un de ces sillons a reçu de Broca le nom de *scissure sous-pariétale* (*sulcus subparietalis*). Quand il ne rejoint pas en avant le sillon callosomarginal, on constate l'existence du *pli de passage pariétolimbique antérieur* (Broca). Jamais, quoi qu'il arrive, il n'aboutit à la scissure perpendiculaire interne, si bien qu'entre son extrémité postérieure et cette dernière se voit le *pli de passage pariéto-limbique postérieur* (Broca).

L'*avant-coin*, par conséquent, c'est la face supérieure et interne du lobule pariétal supérieur, qui surmonte le tiers postérieur de la seconde frontale interne, à laquelle il est uni par les plis de passage pariéto-limbiques. Il est brusquement terminé en arrière par la *scissure perpendiculaire interne* (Gratiolet, Marshall).

Synonymie : *Pars medialis sive verticalis fissuræ parieto-occipitalis* (Ecker); *Fissura posterior* (Burdach, Arnold, Wagner); *Fissura occipito-parietalis* (Huxley, Ecker); *Fissura occipitalis sive posterior* (Wagner); *Senkrechte hintere Hirnspalte* (Wagner); *Fissura occipitalis interna* (Pansch); *Fissura occipitalis perpendicularis interna* (Bischoff).

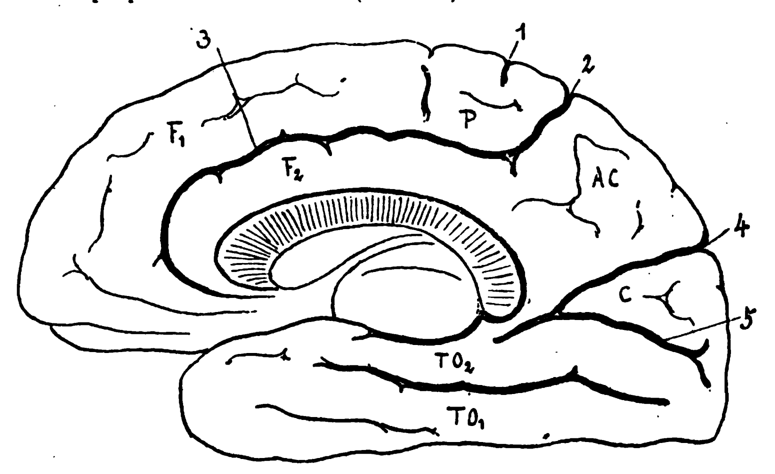


Fig. 12. — Face interne. Hémisphère droit. 1, sillon de Rolando; 2, scissure fronto-pariétale interne; 3, scissure calloso-marginale; 4, scissure perpendiculaire interne; 5, fissure calcarine.

F_1, première circonvolution frontale interne; F_2, deuxième circonvolution frontale interne; P, lobule paracentral; AC. lobule quadrilatère ou avant-coin; C, coin, ou lobule occipital interne; TO_2, deuxième circonvolution temporo-occipitale, ou lobule lingual; TO_1, première circonvolution temporo-occipitale ou lobule fusiforme.

Nous n'avons rien à adjoindre à nos notes antérieures, concernant la scissure perpendiculaire externe, dont celle qui nous occupe ici est le prolongement interne, si ce n'est qu'elle se confond à angle aigu avec la fissure calcarine pour descendre avec elle jusqu'au dessous du bourrelet du corps calleux. C'est

en ce point qu'on trouve l'*isthme de la circonvolution du corps calleux* ou *isthme antecalcarinien.*

L'isthme en question doit servir de point de repère à qui cherche les plis de passage qui, dépendant de la deuxième frontale interne, vont de l'avant-coin aux régions inféro-postérieures de l'hémisphère.

Synonymie : *Plis de passage internes* (Pozzi); *Plis de passage cunéolimbiques* (Broca); — Pozzi en décrit trois : 1° un *pli de passage pariéto-temporal supérieur interne* (Pozzi), ou *pli de passage interne supérieur* de Gratiolet, passe derrière le corps calleux et sert de pont entre sa circonvolution, le lobule quadrilatère et le pli unciforme. Il se branche en haut sur le pli de passage pariéto-limbique postérieur de Broca.

2° Un *pli de passage interne pariéto-occipital* (Pozzi) ou *gyrus cunei, zwickelwindung* (Ecker), *untere oder fünfte Scheitelbogenwindung* (Bischoff), descend du lobule quadrilatère, en se branchant sur l'autre pli, traverse le fond de la scissure perpendiculaire, et gagne le sommet du lobule occipital interne (coin).

3° Un *pli de passage pariéto-temporal inférieur* (Pozzi), ou *pli de passage interne inférieur* de Gratiolet, *occipito-hippocampique* (Broca), unit l'extrémité du lobule occipital interne (coin) à l'angle postéro-inférieur du lobule quadrilatère, ou plutôt au prolongement de la circonvolution crêtée (du corps calleux), qui dépasse le lobule quadrilatère.

Schwalbe n'en admet que deux, les deux de Gratiolet.

Il n'en ressort pas moins qu'en franchissant l'isthme, on aborde, à la partie antérieure du lobule lingual, une première circonvolution, connue sous le nom de *gyrus hippocampi* (Burdach).

Synonymie : *Subiculum cornu Ammonis* (Burdach); *Portion du gyrus occipito-temporalis medius* (*lobule lingual*), (Pansch); *Circonvolution temporale interne supérieure* (Bischoff); *Pli unciforme* ou *temporale moyenne interne et lobule de l'hippocampe* (Gratiolet); *Uncinate gyrus*, *gyrus uncinatus* (Huxley, Ecker); *Circonvolution à crochet* (Vicq d'Azyr).

Cette circonvolution borde la corne d'Ammon. Elle ne mérite le nom de pli unciforme (*Hakenwindung*) que dans sa portion antérieure, à la pointe du lobe temporal, au début de la portion transverse de la scissure de Sylvius, à cause de la forme qu'elle affecte. Schwalbe décrit séparément et figure comme étant

parfaitement distinctes l'une de l'autre ces deux parties. C'est affaire de types. Mais il ajoute que le gyrus uncinatus est l'arc de passage de la circonvolution du corps calleux dans le corps bordé (fimbria), et donne le nom d'*incisura temporalis* au segment antérieur du crochet. Ce qui permet de s'orienter.

Au-dessus du gyrus hippocampi, on rencontre la scissure des hippocampes, fissura hippocampi, dentate sulcus (Huxley), qui, pour bien des anatomistes, fait corps avec la fissure calcarine. D'après cette manière de voir, la fissure calcarine devient la partie postérieure de la scissure des hippocampes (Gratiolet), et la fissura hippocampi est dite partie antérieure de la fissure calcarine (Gratiolet). Un pareil errement n'a pas de raison d'être chez l'homme, la fissure calcarine étant séparée de la fissura hippocampi par l'isthme de la circonvolution du corps calleux. En conséquence, voici les divisions et synonymes seuls admissibles.

Fissura hippocampi (Bischoff).

Synonymie : *Scissure des hippocampes, à l'exclusion de la fissure calcarine*, *Dentate sulcus* (Huxley) ; *Fissura horizontalis*, *fissura posterior sive occipito-horizontalis* (R. Wagner) ; *Partie antérieure de la scissure des hippocampes* (Gratiolet).

Elle s'étend horizontalement à la suite de la scissure du corps calleux de Schwalbe, de sorte qu'après avoir surmonté le corps calleux, elle rase son bourrelet, et vient en bas jusqu'au pli unciforme.

La *fissure calcarine* (Huxley) part de la scissure perpendiculaire interne, avec laquelle elle forme, à quelques millimètres du bourrelet du corps calleux, un angle ouvert en arrière. Elle correspond à l'ergot de Morand. On lui décrit deux branches : une branche horizontale, qui porte en arrière l'éperon double, sans atteindre l'extrémité du lobe occipital ; une branche oblique en bas qui, après avoir reçu la scissure perpendiculaire interne, vient limiter l'isthme de la circonvolution du corps calleux. Quoi qu'il en soit, c'est dans l'angle formé par la scissure perpendiculaire interne et la scissure calcarine qu'est inscrit le lobule occipital interne.

Nous n'insistons pas sur le gyrus dentatus ou fascia dentata (Tarin), qu'on représente parfois en cette région comme une circonvolution morphologiquement distincte. C'est le corps go-

dronné de Petit, c'est-à-dire un annexe de la corne d'Ammon.

A côté de cela, nous ne devons pas laisser dans l'oubli les expressions synthétiques qui résument les exposés précédents. Broca désignait sous le nom de *grand lobe limbique* toute la partie médiane des hémisphères en rapport de contiguité directe avec le corps calleux. Le grand lobe limbique comprenait : — la deuxième frontale interne (synonymie : *gyrus fornicatus*, etc.) — le prolongement de cette frontale interne en arrière du bourrelet du corps calleux, et, au dessous de ce dernier, jusqu'à la pointe du lobe temporo-occipital où, après avoir franchi l'isthme de la circonvolution du corps calleux, (antecalcarinien), elle forme le gyrus hippocampi et le gyrus unciforme.

Il avait pour limites extérieures la *scissure limbique* (Broca), qui se décompose en :

Sulcus calloso-marginalis (région du lobe frontal) ; *sulcus subparietalis* (région de l'avant-coin) ; *Sillon occipito-temporal inferieur* (Ecker), (entre le lobule lingual et le lobule fusiforme).

Schwalbe applique aujourd'hui aux mêmes organes la rubrique de *lobe falciforme*, en en étendant les bornes à ce qui constitue les vestiges de la circonvolution marginale embryonnaire (marginale interne de Schwalbe), c'est-à-dire à la cloison transparente, au corps godronné, etc.

A son sens, le lobe falciforme, limité en dedans par la grande fente cérébrale de Bichat, et en dehors par la scissure limbique de Broca, se composerait de deux circonvolutions concentriques séparées l'une de l'autre par le sillon du corps calleux de Schwalbe et la scissure des hippocampes, mais reliées entre elles par le gyrus uncinatus ou pli unciforme. La *circonvolution concentrique externe*, ou supérieure (*gyrus marginalis externus*), a pour facteurs : la circonvolution du corps calleux (*gyrus fornicatus*, etc.), l'isthme de cette circonvolution, les circonvolutions de passage cunéolimbiques, notamment la circonvolution occipito-hippocampique, le gyrus hippocampi.

La *circonvolution concentrique interne* (*gyrus marginalis internus, arc marginal embryonnaire, innere Bogenwindung*), comporte : les lames de la cloison transparente, les colonnes et le corps du trigone, constituant tous ensemble une branche supérieure ; le corps bordé de la corne d'Ammon, le corps godronné de Petit, formant à eux deux une branche inférieure.

Le gyrus unciforme rattacherait la circonvolution marginale

externe (à vrai dire, le *gyrus fornicatus*) au corps bordé et au corps godronné.

c. Lobule occipital interne.

Synonymie : *Coin*, *Cuneus*, *Zwickel* (Henle, Burdach) ; *Lobe triangulaire* (Broca) ; *Occipital lobule* (Turner) ; *Lobulus medialis posterior* (Pansch) ; *Aeussere obere Hinterhauptswindung* (Bischoff) ; *Erste obere Hinterlappenswindung* (R. Wagner) ; *Gyrus occipitalis primus* (R. Wagner) ; *Oberer Zwischenscheitelbeinlappen* (Huschke).

Nos détails antérieurs nous dispensent d'en rien dire. Il est le confluent des circonvolutions occipitales de la face convexe qui le rejoignent, ainsi que les deux occipito-temporales, par l'intermédiaire du lobule extrême ou gyrus descendens, en arrière de l'éperon de la fissure calcarine.

Nous voici arrivé au terme de notre énumération, dont l'exécution se heurtait à deux écueils. Trop courte, elle fût devenue trop sèche en laissant dans l'ombre la raison des termes employés. Trop longue, elle eût fait double emploi avec les mémoires et les traités qui sont entre toutes les mains, et n'eût plus été qu'une copie ; son titre n'aurait plus rien signifié. Nous espérons avoir triomphé de cette double difficulté. En même temps, nous croyons avoir rendu quelque service en faisant ressortir, toutes les fois que nous en avons reconnu la nécessité, l'*homonymie* de certains termes appliqués à des organes différents. Il va de soi que, pour parvenir à ce but, nous avons consulté les originaux de tous les auteurs dont nous citons les noms ; si nous n'enregistrons pas les œuvres de chacun d'eux, c'est qu'elles sont courantes. Qui ne connaît les travaux de Burdach, Rolando, Arnold, Foville, Huschke, Reichert, R. Wagner, Bischoff, Flower, Broca, Pansch, Turner, Giacomini qui ont, de 1819 à 1881, eu pour sujet les circonvolutions. Ils ont été résumés et commentés par les maîtres que nous signalons plus spécialement. On peut enfin nous reprocher de n'avoir pas parlé de l'insula. On la range actuellement parmi les ganglions de la base sous le titre générique de lobe de la base. Je n'en veux pour preuve que les synonymes que voici : — Insula de Reil — lobus caudicis (Burdach) — lobus centralis (Gratiolet) — lobus intermedius sive opertus, lobus insulæ (Broca)— Stammlappen (Schwalbe). Tous termes qui témoignent d'une place à part entre les autres circonvolutions. Peut-être écrirons-nous

plus tard un mémoire semblable sur le reste de l'encéphale, et alors l'insula nous servira de transition. Pour le présent, nous avons restreint nos recherches aux replis de la périphérie, en nous attachant à fournir des jalons à ceux qui se livrent aux recherches bibliographiques. C'est en en faisant que nous avons remarqué les causes d'erreur que l'on vient de lire. Puissions-nous avoir rempli notre programme! Qu'on nous pardonne en tout cas nos imperfections [1]!

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

VIII. Sur la fente simienne; par Mendel (*Neurol. Centralbl.*, 1883).

La pièce anatomique décrite et figurée provient d'une fillette de huit ans, idiote de naissance, n'ayant pas parlé, ayant été atteinte d'épilepsie. Cet encéphale est bien inférieur, comme poids et comme masse, à celui d'une enfant normale du même âge. Les deux hémisphères cérébraux sont similaires. Dans le lobe frontal, les circonvolutions sont très peu développées, la région operculaire entre en communication directe avec la pariétale ascendante, par suite de l'abouchement du sillon prérolandique avec le sillon de Rolando; le sillon prérolandique coupe par conséquent la frontale ascendante. En arrière de la pariétale ascendante, on trouve un sillon profond qui représente l'extrémité du sillon calloso-marginal anormalement long sur la surface convexe. Le sillon interpariétal, très peu accusé, affecte une orientation perpendiculaire. Le lobe pariétal se trouve complètement séparé, à la face externe, du lobe occipital, par un grand sillon perpendiculaire qui constitue en somme le prolongement insolite

[1] Nous recevons, au moment où ce travail est imprimé, le premier fascicule tout récent d'un livre de Meynert, intitulé : *Psychiatrie*; Vienne, 1884, qui constitue le dernier mot du savant professeur de Vienne sur tout ce qui touche à l'anatomie de l'encéphale. Nous n'avons que tout juste le temps d'introduire dans le corps de notre mémoire quelques additions, nous réservant, si besoin est, de publier, dans un bref délai, en manière d'appendice, le résumé de ses manières de voir. P. K.

de la scissure perpendiculaire externe, comme en témoignent ses rapports avec le sillon interpariétal, la scissure parallèle, le sillon occipital transverse, ainsi que sa direction sur la face médiane de l'hémisphère où il rejoint la fissure calcarine (scissure perpendiculaire interne). Le rapprochement et la critique des descriptions de ce genre relatives à l'homme, dues à Sander, Fischer, Meynert (*Arch. f. Psych.*, V. VII) à Rüdinger (Mémoire de Bonn, 1882), Giacomini (*Arch. ital. de Biol.*, I, fasc. 2, 1882), des réflexions de Stark (*Zeitsch. f. Psych.*, XXXIII), des études d'Ecker, de Pansch, de Schwalbe, entraînent Mendel à cette conclusion que l'on doit, chez l'homme, appeler du nom de fente simienne, non pas une fissure située en arrière de la scissure pariéto-occipitale, non pas le sillon occipital transverse, mais bien une scissure représentant le prolongement de la scissure pariéto-occipitale (scissure perpendiculaire externe), qui se confond assez souvent avec le sillon occipital externe de Meynert si fréquemment absent d'ailleurs, et sis un peu avant de la scissure pariéto-occipitale. P. Kéraval.

IX. La substance de soutènement du système nerveux central; par Gierke. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Ce mémoire d'avant-garde relate brièvement les points les plus essentiels d'une étude qui sera publiée plus tard *in-extenso*. Et cependant son analyse est incompatible avec la concision. — Il nous faut néanmoins satisfaire à cette double proposition. — En ce qui concerne la question de nature, l'auteur adopte les expressions de glie, névroglie, ciment nerveux de Virchow, et refuse de la considérer comme du tissu conjonctif. Elle se compose d'éléments figurés et de substance amorphe. Cette dernière constitue, par exemple, la substance fondamentale de la substance grise et des plus fortes travées de la substance blanche; elle est molle, mais ferme, absolument anhyste, claire et transparente comme du verre, un peu plus brillante que le sérum sanguin coagulé, et se colore très difficilement par le carmin; l'examen à l'aide des plus forts objectifs à immersion dans l'huile démontre sa parfaite homogénéité. Les cellules de la névroglie sont remarquables par les prolongements qu'elles projettent en divers sens. On en distingue deux formes principales; les unes ne possèdent presque pas de protoplasma (les prolongements semblent partir et même partent parfois du noyau); les autres sont munies d'un corps cellulaire dans lequel on n'aperçoit fréquemment aucun noyau. Les premières fournissent des prolongements bien plus fins, bien plus ramifiées mais moins abondants que les secondes. — Au point de vue de la texture générale, la névroglie forme la substance de soutien et d'enveloppe des éléments nerveux; elle sert de tuteur à chaque fibre, à chaque cellule, en même temps qu'elle embrasse

tout le système nerveux central, depuis les méninges jusqu'au revêtement épithélial des cavités. C'est une toile dont les mailles ne présentent pas de déchirures. Il n'y a d'interruption, et encore est-elle peu importante, que dans la moelle allongée, où les fibres nerveuses du stratum zonale d'Arnold arrivent tumultueusement, en se séparant les unes des autres, directement sous la pie-mère. — C'est surtout dans la substance blanche de la moelle qu'on en constate le mieux les rapports, parce que la plupart des fibres nerveuses ont un très gros calibre, et que la disposition en est très régulière. Les cellules de la névroglie s'appliquent contre les éléments nerveux, soit par elles-mêmes, soit à l'aide de leurs prolongements, faisant office de gaînes, sans constituer de vraies membranes. — Dans la substance grise, la névroglie forme des réseaux cellulaires dont les intervalles sont remplis de substance fondamentale. Ici prédomine la substance fondamentale; c'est elle qui cimente le nombre prodigieux des fines fibrilles nerveuses et les fibres amyéliniques, tandis que les cellules névrogliques assujettissent les cellules nerveuses. Il y existe aussi des endroits tout entiers construits de substance de soutènement. — Tels sont les traits généraux qui doivent être notés. Les particularités variables selon les régions (moelle épinière, écorce du cervelet, écorce du cerveau et cavités du névraxe, glomérules du bulbe olfactif) impliqueraient la copie des passages correspondants. Il nous faut cependant dire en terminant, que, parmi les vaisseaux sanguins, les uns (substance blanche de la moelle, du bulbe, du cerveau), possèdent une enveloppe de névroglie (cellules et substance fondamentale), les autres (substance grise de l'encéphale) courent, sans enveloppe vraie, dans les travées glieuses, mais alors ils sont munis d'une tunique adventice (d'origine pie-mérienne) sur laquelle s'attachent les prolongements des cellules névrogliques. En tout cas, il existe bien réellement des espaces périvasculaires limités en dedans par l'adventice mais privés de parois ambiantes, espaces périvasculaires qui sont des lacunes lymphatiques. P. K.

X. Sur la localisation de la sensibilité cutanée et du sens musculaire a la surface des hémisphères cérébraux; par Bechterew. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

De la revue critique des expériences instaurées jusqu'ici, auxquelles il ajoute le résultat des siennes propres[1], M. Bechterew tire les conclusions suivantes. — Il existe, pour la perception dans l'écorce, des sensations tactiles, du sens musculaire, des sensations douloureuses, des centres spéciaux, situés au voisi-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 231.

nage de la zone motrice. Les centres destinés aux sensations tactiles gisent immédiatemeut en arrière et en dehors du champ moteur; ceux qui président au sens musculaire et aux sensations douloureuses occupent une région qui surmonte le début de la scissure de Sylvius. Ces deux derniers centres sont contigus, mais ils ne se confondent pas, car certaines lésions limitées du département en question se sont traduites exclusivement, tantôt par un trouble du sens musculaire des extrémités opposées, tantôt par une diminution de la sensibilité à la douleur. P. K.

XI. Recherches expérimentales sur les atrophies de l'écorce du cerveau; par Monakow. (*Neurol. Centralbl.* 1883)[1].

Première expérience. — Quand on interrompt, dans la partie postérieure de la capsule interne les faisceaux de fibres de projection de la sphère visuelle, l'atrophie s'étend dans les deux sens et, par conséquent, ces fibres de projection prennent leur origine dans la région occipitale, nommée par Munk, sphère visuelle[2]. Elles aboutissent aux éléments des troisième et cinquième couches.

Deuxième expérience. — La destruction, dans le faisceau pyramidal de la capsule interne, des fibres qui pénètrent dans la zone motrice, exerce une influence des plus délétères sur le développement de cette zone. La lésion porte spécialement sur les cellules pyramidales géantes. L'atrophie s'est limitée dans l'espèce au département cortical dont la destruction est nécessaire pour entraîner la dégénérescence complète de la pyramide de la moelle allongée. P. K.

XII. Résultats expérimentaux sur le trajet des fibres du nerf optique dans le chemin qu'elles suivent depuis les corps genouillés jusqu'aux tubercules quadrijumeaux; par Bechterew. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

Gudden dit que toutes les fibres du nerf optique, aussi bien celles qui s'entre-croisent dans le chiasma, que celles qui ne s'entre-croisent pas, constituent le faisceau externe de la bandelette optique et parviennent au corps genouillé externe qu'elles traversent, pour gagner de là, au moyen du bras antérieur, le tubercule quadrijumeau antérieur. Le faisceau interne de la bande-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Congrès des Naturalistes, t. VIII, p. 233.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, VI, p. 403, et *Progrès médical*, 1879, p. 161.

lette, qui contient principalement des fibres de la commissure de cet auteur, et qui, par conséquent, n'entretient aucune relation avec le nerf optique, passe par le corps genouillé interne en rapport, de son côté, avec le tubercule quadrijumeau postérieur (*Arch. f. Ophthalm.*, t. XXV). Or, M. Bechterew a réussi, en pénétrant par le pharynx à sectionner le bras antérieur entre le segment postérieur de la couche optique et le tubercule quadrijumeau antérieur, sans toucher à aucun de ces deux organes (la lésion inévitable d'une partie de la commissure moyenne et du segment contigu de substance grise importe peu quant à la vue); le même opérateur a pu altérer isolément le corps genouillé externe sans intéresser le corps genouillé interne ni les fibres du bras postérieur. Un seul et même effet a été obtenu, savoir: le rétrécissement du champ visuel dans les deux yeux; du côté opposé à la lésion, rétrécissement dont les allures ont été identiques à celles que l'on signale après la section de la bandelette optique correspondante; rien aux pupilles. Les vues anatomiques de Gudden sont par conséquent confirmées par la physiologie expérimentale. P. K.

XIII. La fonction des couches optiques. Recherches expérimentales; par W. Bechterew. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Ce résumé provisoire d'expériences entreprises sur des grenouilles, des oies, des poules, des lapins, des chiens, par la double méthode d'excitation et de destruction des tissus, peut se formuler ainsi. — La destruction, chez le chien, du segment antérieur de la couche optique produit des troubles de la vue tout à fait passagers; la destruction du segment postérieur de cet organe engendre une hémiopie homonyme qui, si la lésion n'est que faible, porte sur un seul œil. — *Conclusion.* Entre-croisement incomplet des fibres du nerf optique dans le chiasma du chien. — Les allures de la pupille et les troubles de l'équilibre notés dans l'espèce par l'auteur dérivent, non de la destruction de la couche optique, mais de la lésion simultanée de la substance grise centrale adjacente, qui entoure la partie la plus profonde du troisième ventricule. — La sensibilité et la motilité ne subissent aucune atteinte quand on limite l'altération à la couche optique seule. En revanche, la couche optique est le lieu de concentration des voies de conductibilité destinées à l'innervation spontanée des groupes musculaires qui entrent en jeu pour l'expression des sensations de divers ordres, expression spéciale à chaque espèce animale; elle préside aux mouvements et aux sons expressifs; elle est le centre des mouvements qui servent aux animaux normaux à exprimer leurs divers sentiments. P. K.

XIV. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ENTRE-CROISEMENT DES FIBRES DU NERF OPTIQUE DANS LE CHIASMA; par W. BECHTEREW. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Après avoir résumé ce qui a été fait dans ce sens, M. Bechterew étudie les deux méthodes de section de la bandelette et du chiasma, par le pharynx au niveau de la selle turcique, ou par le crâne en passant au-dessus de l'arcade zygomatique. Chacune d'elles a ses avantages et ses inconvénients. De ses interventions comparatives à tous égards (technique et physiologie) voici les résultats. — La section transverse du nerf optique entraîne la cécité complète de l'œil correspondant, une très forte dilatation de la pupille, et l'immobilité pupillaire, sous l'influence de la lumière, à la condition que l'œil sain soit fermé. — La section transverse du chiasma n'entraîne la complète cécité d'aucun œil. L'animal voit, et évite adroitement les obstacles, quand les deux yeux sont ouverts; il ne se heurte pas. Rien aux pupilles qui réagissent nettement, quel que soit l'œil que l'on incite. — La section transverse d'une bandelette optique ne produit pas non plus la cécité sur l'un quelconque des yeux. Il faut procéder à une recherche attentive pour déceler la perturbation. Mais, dès qu'on ferme un œil on s'aperçoit que l'animal se heurte aux obstacles qui occupent la direction du côté sain. En un mot, il y a sur chaque œil rétrécissement des champs visuels, qui siégent du côté opposé à la bandelette optique sectionnée, c'est-à-dire perte de fonction des zones des deux rétines qui occupent le même côté que la bandelette optique sectionnée. Peut-être même cette hémianopsie est-elle exactement limitée par la verticale (?) Réaction des deux pupilles normale, au moins quelque temps après l'opération.

Toutes ces observations sont en faveur d'un entre-croisement incomplet des fibres du nerf optique dans le chiasma du chien. Les allures de la pupille après la section du nerf optique et de la bandelette prouvent que les fibres centripètes, qui servent à la contraction réflexe de la pupille, ne parcourent pas la bandelette, qu'elles viennent du nerf optique après que le chiasma a pénétré dans la substance de l'encéphale, et se rendent alors aux noyaux de l'oculo-moteur commun correspondant. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXIII. Un cas d'affection chronique de la moelle épinière, guérison; par Alessandro Marina. (*Lo Sperimentale*, avril 1883.)

Homme de vingt-huit ans qui dans ses fonctions de pompier fut, dans un incendie, exposé au refroidissement et mouillé; le lendemain, douleurs rachidiennes, à la nuque et fièvre; celles-ci disparaissent au bout de douze jours et sont remplacées par des parésies des membres inférieurs et des troubles de coordination; bientôt paralysie véritable et anesthésie des membres affectés. — Jamais de paralysie de la vessie ni du rectum, pas d'eschares, spasmes fréquents dans les membres inférieurs, impuissance. Après deux ans pendant lesquels l'état du malade ne subit pas de changements, l'auteur constata une énorme augmentation des phenomènes tendineux, et une anesthésie complète dans toutes les modalités; aucune trace d'atrophie musculaire. -- Pas de réaction de dégénération lors de l'examen électrique; énorme résistance électrique. — Légère contracture des genoux. — La paralysie et les anesthésies s'évanouirent ultérieurement, les troubles de coordination persistèrent pendant quelque temps, puis cessèrent aussi; seule, la sensibilité tactile resta un peu diminuée. — Quant au diagnostic, l'auteur, après avoir examiné les différentes hypothèses qui peuvent se présenter, finit par conclure qu'il y a eu une lésion probablement peu profonde du renflement lombaire.

P. Marie.

XXIV. Deux cas de paralysie du trijumeau; par C.-W. Mueller. *Arch. f. Psych.*, XIV, 2 et 3.)

La première observation concerne l'atteinte de la portion sensitive du trijumeau droit : paralysie totale, à l'exception du globe oculaire, de la paupière supérieure, du dos du nez, de la région parotidienne; le goût a disparu dans les deux tiers antérieurs de la langue. En même temps, la sensibilité de l'occiput et celle du bras droit n'existent plus; la sueur, les larmes, la salive sont secrétées du même côté en moindre quantité. Evolution lente en huit années. L'application des courants continus guérit presque complèement des accidents, mais après six ans de traitement.

Dans la seconde observation, toutes les branches du trijumeau gauche sont affectées, les muscles masticateurs sont atrophiés et paralysés, comme le sphénostaphylin ; il existe une otite neuroparalytique. Ultérieurement on constate à droite une ophthalmie neuroparalytique, ainsi que des troubles de la sensibilité, mais ceux-ci limités aux branches maxillaires du nerf. Tout l'intérêt de la discussion gît dans la genèse de l'otite, semblable à celle que Hagen, Berthold, Baratoux et Kirchner ont observée à la suite de la section du trijumeau, et dans l'existence de l'ophthalmie en une région où la sensibilité était intacte. Absence d'autopsie. P. K.

XXV. Sur la sclérose diffuse et disséminée du système nerveux central, et sur la dégénérescence vitreuse en macules de l'écorce du cerveau; par F. Greiff. (*Arch. Psych.*, XIV, 2.)

Sous ce titre, l'auteur rapporte deux observations de formes associées de sclérose multiloculaire et de paralysie progressive.

Une femme de quarante-trois ans, indemne d'hérédité, après avoir, pendant quelques mois, présenté les symptômes prémonitoires habituels de la paralysie générale, est indubitablement atteinte de cette affection. Dans les deux derniers mois de la maladie, on notait des tremblements de la tête et des extrémités à l'occasion des mouvements voulus ; hyperexcitabilité réflexe et mécanique des muscles et des nerfs; contracture et parésie des membres. Mort au bout de deux ans. La nécropsie révèle les altérations ordinaires de la méningo-périencéphalite; la substance cérébrale et la moelle sont dures et élastiques. Le microscope montre qu'à côté des lésions de la démence paralytique le cerveau est le siège d'un processus scléreux nettement caractérisé ; de plus entre la substance blanche et la couche corticale, on rencontre des rayures vitreuses à peine larges de 2 millimètres et longues de 7 millimètres, composées chacune d'un vaisseau épaissi à parois vitreuses, d'un tissu périvasculaire finement granuleux, et de cellules nerveuses ayant subi, elles aussi, la dégénérescence vitreuse. Sclérose évidente de la protubérance et de la moelle; cellules granuleuses et corpuscules amyloïdes dans les deux cordons postéro-latéraux; petits foyers scléreux dans les divers cordons.

Un homme de quarante-neuf ans en proie à la syphilis tertiaire est aussi en proie à du tremblement avec affaiblissement des jambes, parésie des sphincters; trouble de la parole. Quatre ans plus tard, ce sont des symptômes de paralysie générale qui constituent le tableau clinique; la marche typique aboutit en deux années à une issue mortelle. Autopsie. Sclérose diffuse de l'encéphale; leptoméningite spinale chronique; sclérose diffuse de la moelle ; foyers de sclérose disséminés dans les divers cordons. P. K.

XXVI. Contribution a l'anatomie pathologique de l'encéphalite chronique multiloculaire (connue sous le nom de sclérose cérébrale disséminée), accompagnée de remarques sur la structure du tissu conjonctif normal de l'encéphale; par M. Friedmann. (*Jahrbüch. f. Psych.*, IV, 2 et 3.)

Ce long mémoire est basé sur l'étude micrographique pure de deux faits. L'auteur établit que la substance grise contient un réseau à mailles fines constitué par de la substance fondamentale conjonctive dont les travées solides et constellées de granulations se rapprocheraient, quant à leur constitution chimique, de la neurokératine bien plus que du tissu élastique. Les noyaux qui occupent la substance même de ce réseau appartiennent à des cellules formant des centres qui rassemblent autour d'eux une certaine partie du réseau. Les intervalles libres de ce dernier sont de natures très diverses; leur somme est plus grande que celle des mailles, bien qu'elle ne soit pas très considérable. Le réseau proprement dit est ininterrompu. En dehors des cellules déjà mentionnées du réseau et des cellules-araignées, il existe encore soit des cellules jeunes, soit des cellules en voie de développement. M. Friedmann, admet, en ce qui concerne la substance blanche, les théories de Jastrowitz, Kühne, Boll (*Arch. f. Psych.* III, IV); il n'existe pas de noyaux libres; la charpente conjonctive n'est pas continue, les gaînes cornées des fibres nerveuses sont en connexion avec elle. L'auteur doute qu'en dehors des prolongements des cellules, il y ait des fibres libres; nulle part on ne voit de substance granuleuse amorphe. — Quant au processus scléreux en question, il est bien de nature inflammatoire et d'origine vasculaire. La prolifération porte non seulement sur le tissu conjonctif, mais encore sur les fibres et les cellules nerveuses, sans qu'il soit permis de préciser davantage. Deux formes seraient admissibles : l'une lente, traînante, engendrant la destruction graduelle de la substance nerveuse ; l'autre, à évolution rapide, dans laquelle les éléments nerveux seraient primitivement et promptement désagrégés. P. K.

XXVII. Sur le bégaiement, son rapport avec la pauvreté, et son traitement; par Berkhan. (*Arch. f. Psych.* XIV, 2.)

Le *bégaiement*, c'est l'impuissance convulsive temporaire d'émettre ou d'assembler certaines consonnes ou voyelles, qui s'accompagne d'appréhension ou d'angoisse.

Le *balbutiement* est une incapacité constante, indemne de toute angoisse psychique, d'émettre exactement ou même absolument des consonnes déterminées, plus rarement des voyelles. Ces deux infirmités comportent des degrés élevés, moyens, faibles; la division est toute arbitraire, mais on peut dire que le bégaiement

maximum s'accuse par une grande anxiété, des grimaces avec contorsions de la physionomie, des mouvements d'impatience dans les mains et les pieds; le balbutiement le plus fort entraîne une si grande modification dans l'articulation de quelques syllabes que la parole devient inintelligible ou difficile à comprendre. Dans la ville de Brunswick, qui compte 75,038 habitants. sur 4,052 enfants (1,920 garçons et 2,132 filles), qui fréquentent les écoles municipales inférieures, on en trouve 86 affectés de ces vices d'articulation (72 garçons et 14 filles). 57 garçons bégaient (dix au plus haut point); 15 balbutient (un seul à un degré élevé, deux à un degré moyen). Six filles bégayent (trois excessivement); huit balbutient (trois au maximum). Une très petite quantité devrait, parmi ces individus, être en réalité rattaché aux écoles municipales d'ordre plus relevé; mais on n'en trouve pas un seul dans les maisons d'instruction des classes aisées. La proportion est à peu près semblable pour l'idiotie : sur 116 idiots, 82 sont les enfants de travailleurs, 26 ont leurs parents dans les classes moyennes. Le rapport est le même en ce qui concerne les sourds-muets. — Le faible développement des déshérités en question (bégayants et balbutiants) qui ont de 6 à 16 ans, les difformités qu'ils présentent du côté du voile du palais, des dents (implantation) et du maxillaire inférieur le peu d'amplitude de leur thorax (détails et figures dans le mémoire), l'analogie de ces troubles avec l'idiotie et la surdi-mutité ont servi de point de repère à M. Berkhan pour dresser un plan d'instruction destiné à remédier à de tels vices d'articulation. Ceux qui bégaient font pendant les deux premiers mois des exercices de respiration méthodiques (inspiration, expiration, chant) accompagnés d'une gymnastique spéciale ; on y ajoute, dans les deux mois suivants, des émissions de sons déterminés ; enfin, les cinquième et sixième mois sont consacrés de concert avec la série des deux sortes d'entraînement précédents, à l'assemblage des consonnes et des voyelles dans plusieurs ordres prescrits. A ceux qui balbutient, on explique le mécanisme exact de l'articulation que l'on décompose en leur proposant d'imiter le maître; puis l'on passe aux exercices d'union des voyelles aux consonnes. P. K.

XXVIII. Contribution a la connaissance de la névrite dégénérative multiple; par A. Struempell. (*Arch. f. Psych.* XIV, 2.)

Un premier malade a été observé, autopsié et analysé au microscope par l'auteur. C'est un homme de quarante-sept ans, buveur, qui, après avoir souffert pendant plusieurs années d'élancements dans les bras et les jambes, présenta bientôt de l'affaiblissement graduel et de l'incertitude de la démarche et finalement une paralysie des bras et des jambes. La sensibilité est conservée presque par-

tout, mais les réflexes cutanés sont soit anéantis soit affaiblis, et les réflexes tendineux ont absolument disparu. L'atrophie musculaire est générale; réaction dégénérative aux membres. Quand on agit sur les extrémités inférieures, en les remuant, on provoque des douleurs assez violentes. Délire; atrophie des segments externes des deux nerfs optiques; augmentation de la fréquence du pouls; hyperthermie vespérale. Soudain, trouble respiratoire, cyanose, mort. La nécropsie montre qu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire et intestinale. On trouve, au microscope, l'intégrité de la moelle épinière et des racines antérieures. Les nerfs radial, médian, crural, sciatique, présentent la dégénérescence atrophique de leurs fibres. Les muscles sont en partie dégénérés (disparition des stries transversales, état cireux, absence de bien des fibres, multiplication des noyaux, hyperplasie conjonctive, augmentation du tissu graisseux). M. Strümpell se rattache à l'idée d'une névrite dégénérative systématique pure, sans inflammation. Les altérations musculaires constitueraient une simple coïncidence. L'alcoolisme est d'ailleurs capable d'expliquer tous les symptômes.— Deux autres observations sont relatées, mais elles sont incomplètes, puisque les nerfs périphériques n'ont pas été examinés. L'une d'elles est, en fait de complexus clinique, un exemple de paralysie ascendante aiguë ayant évolué en dix-sept jours; la mort eut lieu par suite de dyspnée avec œdème pulmonaire. Le diagnostic se base sur l'intégrité du cerveau et de la moelle. Bien des cas, tels que celui-ci, considérés à tort comme une paralysie ascendante aiguë, ne sont-ils pas des faits de névrite dégénérative? P. K.

XXIX. Contribution a l'étude de la dégénérescence secondaire dans la moelle épinière de l'homme (avec remarques sur l'anatomie pathologique du tabes); par Schultze. (*Arch. f. Psych.* XIV, 2)[1].

Les quatre premières observations rapportées par Schultze concernent la série des altérations de la moelle consécutives à des fractures et luxations de la colonne vertébrale, à diverses hauteurs de la région lombaire, et au niveau du tiers inférieur de la région dorsale. De ces faits, l'auteur déduit que la partie des fibres des cordons postérieurs qui est en connexion avec le nerf sciatique occupe surtout le segment postéro-interne des faisceaux de Goll; que l'étendue et le volume de la zone de dégénérescence secondaire ne paraissent pas être absolument parallèles à l'importance des symptômes cliniques de déficit; qu'enfin c'est le microscope qui fournit la notion exacte de la perfection plus ou moins complète de la dégénérescence. La dernière observation

[1] Voy. Congrès de Bade du 11 juin 1882. *Archives de Neurologie*, t. V, p. 260.

(Obs. V) met en lumière le même ordre de lésions, mais celles-ci dérivent d'une tumeur périméningée, ayant, par compression graduelle, déterminé l'atrophie et la solution de continuité totale de la portion moyenne du renflement cervical. D'après les réflexions terminales de l'auteur, les cordons de Goll, à la région cervicale, se composeraient essentiellement de fibres nerveuses en connexion avec les racines sensitives postérieures destinées aux extrémités inférieures (faisceaux longs). A côté de cela, les cordons postérieurs renfermeraient de courtes fibres qui s'arrêtent ailleurs (cellules des cornes postérieures ?) ; toutefois, l'importance physiologique et le lieu d'arrivée de ces tractus ne sauraient être fixés. Il est non moins impossible, à l'aide de l'embryologie ou de la pathologie, de tracer l'aire topographique définitive des cordons de Goll. — La dégénérescence descendante atteint, bien que faiblement, les cordons latéraux et les faisceaux radiculaires des cordons antérieurs. Elle semble épargner les départements les plus internes des cordons latéraux et la substance blanche contiguë des cornes antérieures, ainsi que toute la couche latérale limitrophe. — La dégénérescence ascendante des cordons latéraux dans le cervelet s'étend plus en avant que Flechsig ne l'avait figuré.

Ces études inspirent à M. Schultze quelques aperçus sur l'*anatomie pathologique du tabes*. Il rattache cette maladie à l'atrophie primitive des fibres nerveuses, et pense que l'expansion de la dégénérescence, dans l'espèce, démontre que l'altération atteint exclusivement les prolongements des racines postérieures, aussi bien les longs que les courts tractus. Il y aurait donc identité d'allures anatomiques entre le tabes et la dégénérescence secondaire qui succède à la lésion de la queue du cheval. Si l'on considérait les deux espèces de faisceaux comme deux systèmes de fibres distincts, on pourrait à l'épithète systématique qui caractérise le tabes, ajouter celle de combinée; mais, auparavant, il faudrait prouver qu'il existe une différence fonctionnelle entre les faisceaux longs qui se rendent aux pédoncules cérébelleux inférieurs (clava) et les faisceaux courts qui, dans leur trajet, sont situés parmi les fibres radiculaires des cordons postérieurs. P. K.

XXX. Contribution a la dégénérescence combinée des cornes antérieures et des cordons latéraux de la moelle ; par O. Vierordt. (*Arch. f. Psych.*, XIV, 2.)

L'observation présentée a pour caractères cliniques : un affaiblissement croissant, suivi d'atrophie des muscles, des extrémités, la conservation des réflexes tendineux, la réaction dégénérative sans traces de contractures, des douleurs rhumatoïdes, l'intégrité de la vessie et du rectum, l'absence de phénomènes bulbaires.

Mort par une affection respiratoire intercurrente. Durée six ans. Les cornes antérieures grises offrent un degré d'altération très avancé surtout dans les renflements de la moelle et notamment à la région lombaire (prolifération très accusée de cellules araignées, disparition absolue d'un certain nombre de cellules nerveuses). Dégénérescence fort prononcée (nombreuses cellules granuleuses, prolifération interstitielle modérée) du faisceau pyramidal des cordons latéraux depuis la portion lombaire jusqu'à la décussation. Dégénérescence des nerfs moteurs et des muscles. L'auteur fait remarquer que la dégénérescence du faisceau pyramidal ne s'observe ni dans la moelle allongée, ni dans le pédoncule cérébral et que la lésion des cornes antérieures est la plus âgée. De plus, l'atteinte du faisceau pyramidal avait déterminé une paralysie flasque sans rigidité ni contractures. Il rapproche ce cas de la paralysie bulbaire amyotrophique de Leyden. P. K.

XXXI. De la mort subite pendant la crise hystérique; par H. Mollière. (*Lyon médical*, 1883, nos 43 et 44.)

Le sujet de l'observation est une femme de cinquante-neuf ans, sans antécédents nerveux personnels. L'affection a débuté il y a trois ans et neuf ans après la ménopause. Les crises consistent en sensation classique de la boule hystérique, en éructations, cris, agitation et perte de connaissance. Elles se bornent parfois à des éructations très fétides. La pression sur l'ovaire gauche les provoque ou les arrête.

Elle a de véritables syncopes après certaines attaques subies sans aucune conscience. Celles-ci ne se renouvellent pas plus de quatre fois durant chacun des trois jours qui précèdent la mort. On trouva, après un troisième accès, la malade inanimée hors de son lit.

La température n'a pas été prise au moment des attaques. En dehors d'elles, on l'a trouvée normale.

Autopsie absolument négative.

Après avoir rappelé les opinions des auteurs sur cette terminaison exceptionnelle, après avoir discuté et réduit encore le nombre des observations qui en sont rapportées, l'auteur n'admet comme cause de la mort que l'asphyxie due au laryngisme. Rosenthal y joint l'hémorrhagie cérébrale et la syncope. Dans le cas présent, la mort paraît due plutôt à celle-ci. L'auteur note en effet constamment après les accès observés par lui, l'absence du pouls et des bruits cardiaques et exceptionnellement l'arrêt simultané des mouvements respiratoires.

Personne n'a assisté au dernier accès. Si l'absence de thermométrie peut laisser des doutes sur la complète exactitude du dia-

gnostic, la contracture des membres supérieurs survenue après une. attaque des plus grave est bien propre à le corroborer.

D. BERNARD.

XXXII. TUMEUR DE LA MOELLE ALLONGÉE; DIABÈTE SUCRÉ; par DE JONGE. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 3.)

Reçu à l'hopital pour une phthisie pulmonaire chronique compliquée d'ascite et d'anasarque, le malade, homme de trente-sept ans, présente, quelques semaines plus tard, les signes de diabète auxquels se joignent bientôt de la céphalalgie et des vertiges. Un beau jour, perte de connaissance, suivie d'hémiplégie droite comprenant le facial, avec disparition de la sensibilité; rotation de la tête à gauche, mort dans le coma. La tumeur occupe le bord gauche de la moelle allongée; elle commence immédiatement au-dessous des olives et s'étend jusqu'au lieu d'émergence de la première paire cervicale. La destruction n'a porté que sur le segment de la tête de la corne postérieure situé entre le bord postérieur de l'olive et l'origine de la première paire cervicale. Il n'y a pas eu de pression exercée sur le voisinage, si ce n'est quelque empiètement sur les fibres longitudinales, un peu de compression du cordon cunéiforme et du faisceau grêle. Pour l'auteur, le tubercule de la moelle allongée a engendré le diabète non en agissant sur le centre physiologique habituel, mais en détruisant ou irritant les tractus qui de ce centre gagnent le bulbe pour se rendre à la périphérie. P. K.

XXXIII. DES ALTÉRATIONS ARTIFICIELLES CADAVÉRIQUES ET PATHOLOGIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par R. SCHULZ. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

Sur vingt cadavres d'individus ayant succombé à toute espèce de maladies laissant la moelle indemne, l'auteur enlève l'organe en question de une à quarante-quatre heures après la mort et traite indistinctement toutes les pièces par la même série de manipulations. Il constate alors que la *formation de vacuoles dans les cellules nerveuses* ganglionnaires pourrait se produire par le seul fait des artifices de la technique, qu'elle serait généralement une altération artificielle; que la *pigmentation des cellules nerveuses* constitue un état normal régulier; que l'*hypertrophie* (bouffissure hyaline vitrée) du *corps cellulaire* avec épaississement de ses prolongements n'est ni un effet de l'âge ni le résultat d'altérations cadavériques, qu'elle est artificielle, du moins lorsqu'elle est légère; qu'il faut adopter la même manière de voir pour la *sclérose* (rapetissement, recoquillement, rétraction) faible des *mêmes éléments*; que la *tuméfaction et l'hypertrophie des cylindraxes* sont, non pas artificielles, non pas cadavériques, mais bien pathologiques; qu'enfin *l'agglomération de cellules rondes autour et jusqu'à l'intérieur du*

canal central est normale. — M. Schulz ajoute que les variétés d'aspect de la névroglie dans les cordons blancs de la moelle résultent des diversités dans la réussite des procédés de durcissement; que les lamelles cartilagineuses que l'on rencontre parfois sur la pie-mère spinale de moelles normales paraissent être un effet de l'âge, et surtout de la sénilité précoce. Il termine par le tableau des dimensions des diverses régions de la moelle et des différents cordons dans les endroits où ils présentent le plus grand diamètre. P. K.

XXXIV. Névrite du nerf cubital dans son rapport avec les contractures cordiformes des doigts; par Eulenburg. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Une dame, dont la mère est névropathe (asthme cardiaque et céphalalgie), est, depuis deux ans, atteinte de rétraction bilatérale en flexion des quatrième et cinquième doigts de la main. En même temps elle accuse de violentes douleurs qui, parties de cette région, gagnent le coude et montent jusqu'à l'épaule. On l'examine, et l'on trouve des deux côtés, une névrite du cubital caractérisée surtout par une sensibilité extrême du nerf à la palpation, et des douleurs spontanées sur tout son trajet; en même temps existent des paralgésies et une diminution considérable de tous les modes de sensations. — La névrite est-elle la cause, est-elle une complication accidentelle, est-elle la conséquence des contractures (rétraction de l'aponévrose palmaire de Dupuytren)? La bilatéralité des troubles, leurs allures, leurs rapports topographiques permettent d'éliminer l'idée d'un hasard. L'idée d'une névrite ascendante secondaire (inflammation de l'aponévrose palmaire) par contiguïté, ne plaît pas à l'auteur, parce que la névrite manque dans les autres cas nombreux de ce genre, même lorsque le processus est ancien, et qu'ici elle existe également du côté le moins affecté (côté gauche). Deux circonstances cliniques plaideraient au contraire en faveur de la formation, de par la névrite, de tractus sous-cutanés conjonctifs rétractiles; telles la limitation de la contracture aux deux derniers doigts (domaine du cubital) et la symétrie des accidents. La névrite pourrait donc être tenue pour la cause de tous les désordres, de même qu'en d'autres cas, elle provoque des modifications multiples dans la nutrition des tissus épidermiques, osseux, articulaires. P. K.

XXXV. Contribution a l'étiologie de la tympanite abdominale des hystériques, qui affecte une évolution aigue; par Ebstein. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Dans la tympanite aiguë de l'estomac et de l'intestin, il semble, en certaines circonstances, nécessaire d'admettre que le sphincter

du pylore ne ferme pas suffisamment ou ne ferme pas du tout l'orifice; il y a alors passage immédiat, dans le tube intestinal, de l'air avalé ou de l'acide carbonique accidentellement produit à l'intérieur de la cavité stomacale. — Tel est le thème à l'appui duquel viennent deux observations. La distension suraiguë soudaine, fut, dans l'espèce, si considérable que la guérison fut suivie de rides dans le réseau sous-cutané de Malpighi (vergetures). — Pour vérifier le fonctionnement de l'orifice pylorique, quelque temps après les accidents en question, on fit ingérer aux malades deux doses successives d'acide acétique et de bicarbonate de soude ; on vit alors, chez les deux individus, sous l'influence du dégagement d'acide carbonique, se gonfler, non seulement l'estomac, mais encore le ventre ; par conséquent le pylore ne fermait pas complètement. D'où la genèse de la distension par l'insuffisance de la valvule pylorique. P. KERAVAL.

XXXVI. *A*. SUR LE RALENTISSEMENT DE LA CONDUCTIBILITÉ DES IMPRESSIONS SENSIBLES DANS LES LÉSIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES ; par W. ERB. — *B*. Note sur le même sujet ; par WESTPHAL. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

A. L'observation de M. Erb peut se résumer ainsi : deux mois après la production d'une luxation de l'épaule droite parfaitement et heureusement réduite, apparaissent des douleurs qui vont du coude au creux de la main en même temps que des formications sur la face dorsale de l'avant-bras. L'examen révèle : une paralysie atrophique avec réaction dégénérative complète du deltoïde, du domaine du musculo-cutané, des fléchisseurs de la main et des doigts et de l'ensemble des petits muscles de la main ; une diminution de la sensibilité à la face interne du bras et de l'avant-bras, à la main, dans les doigts, sur les mêmes zones que la paralysie. La douleur est en ces régions, au moins par places irrégulières, très lentement perçue, mais l'impression, une fois sentie, persiste. Quatre mois d'électrothérapie déterminèrent une amélioration graduelle de la motilité et de la sensibilité. La sensibilité finalement récupéra son intégrité avec ses qualités et ses allures complètes. Par conséquent l'opinion d'après laquelle le ralentissement de la conductibilité sensitive émane toujours d'altérations de la substance grise de la moelle, cette opinion doit supporter certaines restrictions ; elle ne convient pas à tous les faits.

B. M. Westphal avait observé ce phénomène il y a quatorze ans, mais il ne l'avait pas publié. Depuis cette époque, il n'a jamais rien rencontré de semblable. Il résume ce qu'il a vu en 1869 en attendant qu'il publie le fait en détail [1]. P. K.

[1] Nous l'analyserons à ce moment.

XXXVII. Hypertrophie gliomateuse de la protubérance et de la moelle allongée, par R. Schulz. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

L'observation concerne un homme de trente-deux ans, indemne d'hérédité et de syphilis, présentant successivement de la céphalalgie, des vertiges, des parésies bilatérales dans le domaine des oculomoteurs externes, de la parésie faciale gauche, de l'affaiblissement des muscles masticateurs, de l'anarthrie, de la parésie des extrémités gauches, tous accidents permettant le diagnostic de processus bulbaire progressif, mais ne donnant aucune indication sur la nature de la lésion. La terminaison apoplectiforme faisait penser à une hémorrhagie bulbaire finale. L'autopsie aidée du microscope montra l'existence d'un néoplasme diffus occupant surtout la protubérance; moins accusé dans la molle allongée, mais venant occuper la gauche, du bulbe et envahir la région des noyaux gris. Hyperplasie des cellules de la névroglie, à divers degrés de développement.

P. K.

XXXVIII. Contribution a la question de la dégénérescence secondaire; par O. Binswanger et C. Mœli. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

C'est un résumé d'expériences instituées chez le chien.

Dans tous les cas d'extirpation des zones motrices de l'écorce du cerveau, la substance blanche fut trouvée lésée sur une étendue variable (expansion de l'inflammation provoquée par l'opération). On rencontra toujours, alors même que les pertes de substance étaient très superficielles, très limitées, une dégénérescence secondaire qui occupait le pied du pédoncule cérébral, la protubérance, la pyramide de la moelle allongée, et le cordon latéro-postérieur du côté opposé; intégrité constante du cordon antérieur. La section de la capsule interne, à partir de la branche descendante de la deuxième circonvolution longitudinale, et à la hauteur de la coupole de la première, entraîna presque toujours la mort. Les animaux qui survécurent plusieurs semaines présentèrent de la dégénérescence secondaire ; pas de paralysie complète ; quelques-uns eurent des troubles de la sensibilité. La capsule interne contient donc les fibres centrifuges dont la lésion entraîne la dégénérescence secondaire, et les fibres centripètes en rapport avec certaines sphères de la sensibilité. La mort prématurée des victimes ne permet pas de mieux localiser. P. K.

XXXIX. *A*. Nouvelle communication sur l'atrophie des fibres nerveuses a myéline dans l'écorce du cerveau des paralytiques généraux; par Tuczek. — *B*. Note relative au dégagement représentatif des fibres nerveuses a myéline dans l'écorce du cerveau; par Tuczek.

— *C*. REMARQUES CONCERNANT CETTE NOTE ; par MENDEL. — *D*. SUR LE DÉVELOPPEMENT DES FIBRES NERVEUSES A MYÉLINE DANS LES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU DE L'HOMME; par TUCZEK *(Neurol. Centralbl.*, 1883).

Sept nouvelles autopsies ont fourni à M. Tuczek (*A*) les mêmes résultats que dans les précédentes communications [1] à l'aide de la même méthode d'examen. Cette atrophie appartient-elle exclusivement à la paralysie générale? La réponse appartient à l'avenir. Pour le moment, il a actuellement neuf faits de démence paralytique présentant cette lésion, qui se décomposent en quatre femmes, cinq hommes âgés de trente-deux à cinquante-huit ans, ayant été atteints des formes galopante, circulaire, hypochondriaque, démente de la maladie. Quelles que fussent la brièveté et la modalité de l'évolution, le gyrus rectus, l'insula et la circonvolution de Broca étaient toujours affectés et toujours, dans ces trois zones, la raréfaction des fibres nerveuses à myéline était des plus nettes. Intégrité constante de la frontale ascendante, du lobule paracentral, de la seconde temporale, du lobule pariétal supérieur, du lobule pariétal inférieur, du lobe occipital. L'extension et l'intensité des lésions signalées ne sont pas en rapport avec la leptoméningite. — En tout cas, la méthode d'Exner l'emporte pour la mise au point des éléments sur celle de Weigert [2]. La méthode de Weigert ne fait ressortir que les fibres nerveuses du plus fort calibre, elle est inégale et ne fournit aucune notion sur la partie constitutive des éléments. Celle d'Exner, au contraire (Tuczek, *B*.), révèle les fibres de tous calibres et prouve leur revêtement médullaire. Quand la méthode de Weigert produit l'apparition des fibres, c'est que celles-ci sont réduites à leurs cylindraxes. — Cette technique à l'acide osmique n'est pas du goût de M. Mendel (*C*.). Il annonce qu'il a perfectionné la méthode de Weigert. Au lieu d'employer une solution aqueuse, il se sert d'une solution alcoolique de fuschine acide; il se contente ensuite de plonger la préparation dans une solution alcoolique de potasse sans l'y laisser (deuxième temps). Les éléments, colorés en rouge, se voient déjà à la loupe. Or, ce traitement appliqué aux cerveaux de paralytiques généraux ne traduit aucune différence d'avec l'état normal; quant aux fibres myéliniques c'est la substance intercellulaire épaissie qui masque un peu les détails. Les préparations de M. Tuczek montrent bien une différence entre le nombre des petites raies noires (fibres) du cerveau de paralytiques généraux et celui des mêmes éléments tangentiels d'un cerveau normal, mais il doit y avoir une cause d'erreur (décomposition par exemple). Pour admettre que cette atrophie est la lésion primitive

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 365 et VIII, p. 90.
[2] Voy. *id.*, t. VII, p. 365.

et que les autres altérations lui succèdent, il faudrait faire table rase des contradictions de M. Tuczek (intégrité des fibres à myéline dans les circonvolutions ascendantes et cependant troubles moteurs précoces des paralytiques généraux en relation avec des lésions d'un autre ordre en ces organes). — Le dernier mémoire (*D*) n'a d'ailleurs plus trait à la paralysie générale. M. Tuczek a eu l'idée de soumettre à la méthode d'Exner les circonvolutions cérébrales de deux nouveau-nés à terme, d'un nouveau-né avant terme, d'un enfant venu à terme et âgé d'un mois à peu près, pour suivre, dans l'échelle du développement, la genèse des fibres. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans toutes les circonvolutions cérébrales, c'est d'abord à la lisière de la substance blanche qu'apparaissent les fibres nerveuses à myéline, puis elles se montrent dans l'écorce. Leur développement marche, sans désemparer, du centre de la périphérie ;

2° La lisière de substance blanche de l'écorce du lobule paracentral et des deux ascendants est la région où ces fibres se constatent d'abord (avant même que le neuvième mois intra-utérin soit écoulé). Puis l'apparition s'en fait dans le lobe occipital et dans certaines portions de l'insula. Aucune autre zone que celles qui viennent d'être citées ne contient, chez le nouveau-né, de fibres myéliniques ;

3° Ultérieurement les fibres myéliniques se développent à peu près d'un pas égal dans les deux hémisphères;

4° Chez un enfant de vingt-sept jours, en dehors du lobule paracentral, en dehors des circonvolutions ascendantes, en dehors du lobe occipital, il n'y a pas d'autres zones du manteau dont la substance grise contienne des fibres nerveuses à myéline. Et encore les circonvolutions précédemment nommées ne renferment-elles de fibres nerveuses à myéline que dans le tiers inférieur de l'écorce. Le système des fibres tangentielles supérieures manque encore complètement ;

5° C'est à une période plus tardive que se forment les fibres nerveuses à myéline dans le lobe frontal, qu'il s'agisse des circonvolutions de la convexité ou de celles de la base. Chez un enfant de vingt-sept jours, le gyrus rectus, la partie orbitaire du lobe frontal, la deuxième circonvolution frontale ne contiennent encore, dans la lisière de substance blanche, aucune fibre nerveuse à myéline.

P. K.

XL. Asphyxie par les vapeurs de charbon. Suppression de l'excitabilité des nerfs phréniques ; par Emminghaus. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

L'accident a trait à trois femmes. Les deux premières reprirent assez facilement connaissance. L'autre, personne vigoureuse, à

laquelle un des assistants avait assez longtemps tenu la bouche et le nez fermés, espérant ainsi combattre la syncope, présentait, outre la perte de connaissance, une complète rigidité avec raideur de la nuque et violent trismus, ainsi que tous les phénomènes de l'asphyxie par l'oxyde de carbone. Immobilité du thorax en station d'inspiration modérée; pouls perceptible, très fréquent, incomptable. C'est en vain, en s'entourant des meilleures conditions possibles (humidification de la peau du cou et des électrodes) que l'on applique le courant secondaire d'un appareil d'induction dans toute sa force (appar. de Spamer), aux lieux d'élection correspondants aux phréniques, c'est en vain qu'on tient fixement les pôles appliqués sur ces endroits, qu'on alterne la fermeture et l'ouverture du circuit suivant un rhythme déterminé ; il faut attendre la septième interruption du courant pour voir apparaître une faible inspiration qui, peu à peu, acquiert de l'amplitude et finit par s'accompagner de mouvements d'élévation des bras et de l'épaule, (action sur le plexus brachial); au bout de dix minutes, la respiration s'exécute spontanément. On traîne la malade à l'air libre; un quart d'heure après, elle éprouve un violent frisson qui nécessite son retour dans la pièce. Elle tombe de nouveau en syncope; les mêmes accidents exigent le même traitement, qui révèle la même inexcitabilité des phréniques, la même lenteur dans les effets du courant d'induction. La malade, ramenée à l'air, se plaint d'un nouveau frisson qui exige sa réintroduction dans la chambre; suspension de la respiration; troisième faradisation aussi lentement fructueuse, mais cette fois à jamais efficace. P. K.

XLI. Apoplexie bulbaire résultant de coups dans la région de la nuque, par R. Schulz. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Les symptômes déterminés par les mauvais traitements de la part d'un maître d'école furent les suivants : troubles paralytiques de la parole, céphalalgie, état nauséeux, bientôt suivi de parésie des branches inférieures du facial droit. Quatorze jours plus tard, parésie des extrémités droites se transformant rapidement en paralysie complète avec contracture dans le sens de l'extension. Dix semaines après, affaiblissement des extrémités gauches avec convulsions toniques par périodes; augmentation très prononcée des réflexes tendineux; tension musculaire forte; intégrité de la sensibilité et du sens musculaire; affaiblissement de la contractilité vésicale; parésie légère de l'appareil musculaire du voile du palais à droite. Sensibilité extrême de la colonne vertébrale à la nuque. Au bout de quatre à huit semaines, troubles de la déglutition; hypersécrétion salivaire; amélioration de la parésie du facial droit, tandis que le facial inférieur gauche devient parétique. Trois semaines encore, et les muscles masticateurs se paralysent

passagèrement; enfin, un mois plus loin, l'on assiste à une blépharoptose de la paupière supérieure droite : accélération de l'activité cardiaque, sans élévation de température. La soudaineté des accidents, leur nature, leur coïncidence avec les violences exercées permettent de formuler le diagnostic d'épanchement sanguin, consécutif au traumatisme, s'étant effectuée dans les méninges au niveau du quatrième ventricule de façon à embrasser la moelle allongée surtout en avant et à gauche. — L'auteur fait remarquer qu'il s'agit d'un enfant prédisposé, car il porte un coloboma de l'œil droit. P. K.

XLII. Recherches sur l'action des bains faradiques et galvaniques; par Eulenburg. (*Neurol. Centrabl.*, 1883.)

Il s'agit d'une sorte d'extrait précédant une publication ultérieure plus détaillée Cet extrait préalable se décompose en cinq parties : — I. Les grenouilles, plongées dans un bain faradique (eau ou solution de chlorure de sodium à 1/2 °/ₒ), en des conditions facilement mensurables, qui seront l'objet d'une mention postérieure, sont prises de convulsions tétaniques coïncidant avec le courant d'ouverture; ces convulsions prédominent ou se manifestent exclusivement sur l'extrémité ou la moitié du corps qui correspond à l'électrode négative. Il en est à peu près de même pour les bains galvaniques, si ce n'est qu'ici c'est la fermeture du courant qui entre surtout en jeu. — Le bain galvanique entraîne d'abord un court stade d'hyperexcitabilité motrice, qui d'ailleurs peut aussi manquer absolument, suivi d'affaissement progressif et continu de l'excitabilité motrice. Cette décroissance de l'excitabilité motrice doit être tenue pour l'effet du bain galvanique seul. — II. Il est impossible d'exercer sur chacune des parties du corps (lapins ou cadavres humains), une *dérivation de traînées de courants mensurables* ou de mesurer (homme vivant) aucun des cercles de dérivation éventuellement produits. — III. *Action physiologique sur l'homme vivant des bains galvaniques et faradiques*. Une électrode de forme appropriée, reliée à l'un des pôles de l'appareil d'induction ou de la batterie plonge dans le liquide du bain; l'autre (bâtonnet métallique revêtu d'un conducteur humide) est saisie par le baigneur en dehors du bain ou est mise en contact avec l'une des parties du corps qui se trouve en dehors de l'eau. On utilise toute espèce de baignoire conductrice, à la condition que le patient soit isolé dans le liquide sur un lit de sangles. Dans ces conditions, on constate que la combinaison des bains faradiques et galvaniques ne présente pas de notables avantages. Le bain faradique (IV) détermine, à la surface de la peau, des sensations de picotements, démangeaisons, élancements, brûlures, surtout au voisinage de la cathode, qui permettent de graduer la force du

courant; une diminution de la fréquence du pouls (de 8 à 12 battements), absolument en rapport avec l'électrisation; une diminution variable de la sensibilité farado-cutanée, indépendante, elle aussi, et de la température du bain et de la résistance de la conductibilité de la peau. Le bain galvanique (V) comprend deux espèces : le bain de cathode (c'est la cathode qui plonge dans l'eau), et le bain d'anode (c'est l'anode qui est immergée). Tous deux entraînent, à six milliweb., les mêmes sensations que *suprà*, quelles que soient les modalités du circuit, sans sélection réglée pour l'électrode; le pouls diminue de 10, 14, 20 battements; la respiration est moins fréquente ou ne subit pas de modification; la température axillaire s'abaisse de 0,2 à 0,5 de C. La sensibilité farado-cutanée s'amoindrit par les bains de cathode, s'élève dans les bains d'anode, sans qu'on soit en droit de formuler de lois. Le sens du tact (espace, pression), prend un peu plus d'acuité dans les deux modes d'intervention. On obtient des sensations gustatives et visuelles à l'aide de très faibles courants (un à trois milliweb.), à la condition d'administrer un bain de cathode et de procéder en approchant l'anode de la tête, au gonflement et au dégonflement des courants. La même manœuvre engendre des convulsions, d'abord à la fermeture, plus tard également à l'ouverture, et même le circuit demeurant fermé; elles apparaissent dans le bain de cathode sur les pieds, l'avant-bras, les coudes; elles occupent dans le bain d'anode les parties placées en dehors de l'eau, au voisinage de la cathode. Notons finalement la diminution de l'excitabilité motrice. P. K.

XLIII. Papille étranglée bilatérale avec périnévrite dans l'hématome de la dure-mère; par Zacher. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Tout l'intérêt de l'observation en question, qui concerne un homme de cinquante-cinq ans, gît, au point de vue clinique, dans la mobilité et le vague des accidents symptomatiques. C'est au dernier jour de la maladie, alors que le patient est plongé dans un profond coma, accompagné de vomissements, de pâleur cyanotique, d'inégalité et d'immobilité pupillaire, de flaccidité des quatre extrémités, de lenteur du pouls, d'inspirations saccadées, qu'on constate une papille étranglée bilatérale plus prononcée à gauche. L'autopsie révèle un hématome excessif, une périnévrite bilatérale avec début de névrite interstitielle, et une papille étranglée. L'auteur après discussion, adopte la pathogénie suivante. Sous l'influence, de par l'hématome, de l'augmentation de la pression cérébrale, les gaînes des nerfs optiques se remplissent de liquide; celui-ci jouant le rôle d'irritant, enflamme les parois vaginales, de sorte que, tandis que son reflux suffit pour produire la papille étranglée, son séjour provoque des altérations perinévritiques. P. K.

XLIV. Sur la sommation des excitations dans les nerfs sensitifs de l'homme; par. de Watteville. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

On dit qu'il y a sommation d'excitations d'un tronc nerveux quand ces excitations, trop faibles par elles-mêmes pour entraîner une réaction consciente, finissent cependant par solliciter l'activité du nerf et parvenir à la connaissance de l'individu exploré, alors qu'on en augmente la fréquence. On a la démonstration de cette addition, en employant des décharges d'induction, dont la succession peut varier entre vingt-trois et cinquante au plus à la seconde. Le nouvel interrupteur de Gaaffe se plie à ce genre d'expériences, seulement il faut remarquer qu'à mesure qu'on augmente les interruptions, on diminue les chances de parfaite interruption, et par conséquent on affaiblit les décharges. Quoi qu'il en soit, le résultat d'une grande quantité d'expériences est que l'effet des excitations qui s'exercent le long du trajet d'un nerf sensitif croît (dans l'espace de certaines limites) avec leur fréquence. La sommation des excitations sur le tronc nerveux s'opère plus facilement, quand le segment du nerf incité est exposé à la cathode, qui en augmente l'excitabilité au lieu d'application. Cette hyperexcitabilité locale jouerait un grand rôle dans les manifestations de la sommation. M. de Watteville pense que la sommation dans les fibres serait la résultante de contre-coups (actions ultérieures) des excitations électriques, tandis que la sommation dans les cellules dériverait de contre-coups (actions ultérieures) des excitations physiologiques.

P. K.

XLV. Sur des modifications de la réaction dégénérative partiellle et sur l'occurrence de la paralysie spinale atrophique chronique chez l'enfant; par Erb. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Ces modifications sont à rapprocher de la réaction dégénérative faradique de E. Remak déjà traitée par Kast[1]. Elles consistent en ce que le muscle se contracte paresseusement non pas seulement quand on l'excite directement par les courants galvaniques, mais encore quand on l'excite directement par les courants faradiques. Même remarque pour l'excitation du nerf qui l'anime, de quelque façon qu'on modifie le courant, à quelque allure qu'on le condamne, de quelque sorte et de quelque variété qu'il soit. Parmi les trois observations qui servent de base à cette détermination, la première concerne une poliomyélite antérieure chronique chez une fillette de six ans (fait unique); la seconde a trait à une *paralysie rhumatismale* (ou par compression?) du

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 92.

radial gauche; la troisième porte sur une *paralysie faciale rhumatismale* à forme moyenne. Dans tous ces cas, la convulsion est lente et tonique ; il en est de même lorsqu'on emploie les excitations mécaniques. En outre, pour les nerfs, seules sont KaS et AnO actives ; pour les muscles, KaS et AnS agissent seules [1]. Ces modalités électro-physiologiques se rattachent pour l'auteur à une question de degré dans les altérations histologiques et chimiques principament du muscle, sans qu'il soit possible de préciser davantage.

P. K.

XLVI. Contribution a la galvanofaradisation ; par Stein. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Nous sommes ici en présence de l'utilisation pratique du procédé de de Watteville [2]. M. Stein l'a employé dans l'affaiblissement musculaire généralisé des neurasthéniques. Il a obtenu une guérison bien plus rapide qu'en se servant de courants faradiques simples. Un appareil spécial en permet l'application commune. C'est une électrode ordinaire qui recèle dans son manche deux fils isolés; l'un de ces fils correspond à l'un des pôles de la batterie galvanique ; l'autre est en relation avec l'un des pôles du cylindre secondaire de l'appareil d'induction. Chaque fil aboutit à un petit tambour qui surmonte la plaque terminale de l'électrode. Un petit bouton permet par simple pression, d'ouvrir, de fermer chaque circuit, de faire passer les deux sortes de courants ensemble ou isolément, d'agir sur chaque pôle. En insérant sur les pas de vis de l'électrode, selon des dispositions prévues d'avance, les fils des pôles + et — ou en se servant d'un commutateur, on peut encore donner aux deux espèces de courants des directions identiques ou inverses. Au reste, les courants galvanique et faradique arrivent séparés à la surface du corps et l'on tient, sans plus de façons, une électrode double de chaque main. P. K.

XLVII. Un cas d'hémianopsie hétéronyme latérale ; par Gnauck. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

C'est l'observation détaillée du malade présenté à la Société de psychiatrie et maladies nerveuses de Berlin (décembre 1882) [1]. Nous rappelons que l'hémianopsie bilatérale avait débuté par la moitié externe de chaque rétine, pour empiéter des deux côtés sur la moitié interne médiane. En dix semaines, on constatait une atro-

[1] Voy. pour l'explication des signes allemands la leçon de M. Charcot *Maladies du système nerveux*, t. III, fascic. 1, p. 135, et comparativement *Archives de Neurologie*, t. I, p. 575.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 99.

phie bilatérale du nerf optique. Puis survenaient des phénomènes de compression cérébrale; mais, en somme, après une amélioration notable, il restait finalement une lacune hémianopsique temporale avec perturbation considérable du sens des couleurs, sur l'œil gauche. — *Diagnostic.* Tumeur (de la base ?) occupant l'angle antérieur du chiasma, ou le milieu de cet angle, compliquée à certains moments d'inflammation circonvoisine. L'autopsie n'a encore pu être faite. P. K.

XLVIII. L'action de la fève de Calabar sur les organes digestifs; par Eschle. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

L'idée d'employer l'ésérine en injections hypodermiques contre l'entérite catarrhale prend sa source dans plusieurs observations qui témoignèrent à la suite de l'action calmante de cet alcaloïde, l'une, épreintes violentes et d'évacuations séreuses (vingt-cinq milligr.), les autres, de constipation (un à quinze milligr.) et de disparition des accidents intestinaux quand ils existaient préalablement. Trois exemples viennent à l'appui des effets thérapeutiques spécialement poursuivis dans l'espèce. Signalons le cas III. Un syphilitique atteint de dyssenterie chronique du Cap (vingt-quatre selles sanglantes par jour) reçoit une première injection d'un milligramme; il n'a plus que douze évacuations de même nature. Le lendemain, on injecte un milligramme et demi; consécutivement, cinq garde-robes pâteuses rayées de sang. Le lendemain, pas d'injections : quatre garde-robes sanglantes. On injecte encore quatre milligrammes et demi, et l'on ne note plus que trois garde-robes dépourvues de sang. P. K.

XLIX. Sur la perte de force des membres non paralysés dans l'hémiplégie cérébrale; par R. Friedlœnder. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Ce mémoire repose sur l'examen de vingt-trois hémiplégiques, à l'aide du dynamomètre de Duchenne (de Boulogne) en modifiant le dispositif adopté par Pitres; la modification en est assez heureuse malgré l'interposition de poulies.— I. L'étude préalable de sujets normaux quoique cacochymes révèle les valeurs moyennes déjà enregistrées par Pitres; comme lui, M. Friedlœnder trouve que le bras droit est plus fort que le bras gauche, tandis que la jambe gauche est plus forte que la jambe droite. — II. Quant à l'hémiplégie, voici les conclusions: 1° l'extrémité supérieure non paralysée perd en moyenne 18 kil. de sa force; 2° dans l'hémiplégie cérébrale droite, le bras indemne perd plus de sa force que dans l'hémiplégie gauche; la différence moyenne est de 12 kil.; 3° l'extrémité inférieure valide perd une quantité de force pro-

portionnelle à la perte en force du bras correspondant, c'est-à-dire à peu près 16 kil. pour la flexion comme pour l'extension ; 4° dans l'hémiplégie droite, la jambe intacte perd plus de sa force que dans l'hémiplégie gauche ; la différence est de 3 kil.; 5° dans un certain nombre de cas, les extrémités paralysées, notamment les jambes, sont capables de déployer plus de force que celles qui ne sont pas paralysées, c'est-à-dire que des extrémités qui jadis étaient paralysées sont capables de produire plus de force et d'opposer plus de résistance que celles qui n'ont pas été atteintes par la paralysie; 6° même dans les hémiplégies très anciennes (datant de vingt à trente ans), il existe une évidente faiblesse des extrémités non paralysées; cette faiblesse, règle générale, n'est ni plus grande ni moindre que celle des cas récents.

P. K.

L. Un cas d'atrophie faciale hémilatérale; par E. Mendel. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Cette observation, qui concerne une jeune fille de vingt-trois ans, ayant, sans cause héréditaire ou névropathique présenté de la folie systématique chronique[1], de concert avec une hémiatrophie faciale et linguale gauche, est en outre remarquable par ce fait que le bras et la jambe, et en particulier le pied et la main, du même côté participaient aux altérations. Cette extension de l'atrophie indique dans l'espèce une lésion centrale portant sur certains centres trophiques. Jusqu'ici l'autopsie manque. P. K.

LI. Sur une convulsion réflexe saltatoire; par A. Kast. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Un journalier de trente-neuf ans, indemne de tare héréditaire, mais rhumatisant, est à la suite de fatigue, atteint brusquement d'accès caractérisés par le soulèvement convulsif des talons dès que la plante du pied touche le sol; le patient est alors en proie à un trépignement convulsif incoercible rendant la station debout impossible ; il accuse également des élancements dans les deux jambes. Les deux premières attaques durent un mois, la troisième huit jours, la quatrième dix jours, la cinquième également dix jours. L'examen décèle pendant cet état l'intégrité absolue de tous les modes de la motilité, l'intégrité de la sensibilité et de l'excitabilité électrique ; l'exagération des réflexes tendineux dans les membres atteints et dans les extrémités supérieures, une légère rigidité des muscles de la jambe, un peu d'augmentation des ré-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*. Société de psychiâtrie et maladies nerveuses de Berlin, avril 1883, t. VIII, p. 251.

flexes cutanés, un réflexe crémastérien très accusé. Un traitement tonique, réparateur, détermine la guérison ; elle s'annonce par la disparition des réflexes tendineux. P. K.

LII. Sur les altérations de texture des centres nerveux produites par l'inanition ; par Rosenbach. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

L'auteur communique, sous ce titre, les résultats principaux de recherches instituées chez les chiens et les lapins. D'une manière générale, on constate une atrophie dégénérative des cellules nerveuses, de la névroglie et des vaisseaux, les fibres nerveuses et les parties constitutives du tissu conjonctif conservant leur intégrité. — En ce qui a trait à la moelle, ce sont les cellules des cornes antérieures qui souffrent le plus. On distingue trois stades : un premier stade de tuméfaction trouble du protoplasme, qui masque le noyau, est suivi de rétraction du contenu cellulaire ; pendant cette période, le noyau devient fortement réfringent, tandis que le corps de la cellule se creuse de vacuoles et perd toute connexion avec ses prolongements qui s'atrophient. Plus tard, le noyau n'a plus de limites tranchées, et disparaît totalement, les cellules sont réduites à de petits grumeaux amorphes en partie soluble, dans l'éther. Dès la seconde période, le carmin ne teint que difficilement le protoplasme. — Le même processus atteint les cellules ganglionnaires de l'écorce du cerveau, et les cellules cérébelleuses de Purkinje, mais l'altération arrive rarement aux phases ultimes. C'est sur les cellules nerveuses des ganglions spinaux du grand sympathique que l'on constate les lésions les plus accentuées du même genre. — Partout les vaisseaux gorgés d'hématies et de leucocytes présentent des espaces périvasculaires dilatés. Souvent (moelle épinière) il y a eu diapédèse. On trouve aussi des masses d'un exsudat plasmatique, hyaloïde, se colorant fortement par le carmin, qui ont comprimé et détruit autour d'elles le tissu voisin. La paroi même du vaisseau offre une dégénérescence graisseuse des cellules endothéliales. — La névroglie est le siège d'une tuméfaction trouble dans les régions que nous venons d'envisager, mais sans altération de texture de ses cellules. P. K.

LIII. Contribution au traitement électrique de la convulsion des muscles de la face qui servent a la mimique ; par O. Berger. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

A la suite d'une blessure dans la région de la joue, ayant ouvert l'artère sous-orbitaire, blessure guérie en huit jours sans fièvre, apparaît un spasme convulsif de l'orbiculaire, du surcilier, du

frontal, du même côté. Ce spasme dure sans interruption pendant des heures, devient de jour en jour plus intense et envahit les muscles homonymes du côté opposé. Aucun traitement ne réussit d'abord. L'examen ne révèle pas de troubles de la motilité de la sensibilité, de l'excitabilité électrique. La cicatrice est mobile et non douloureuse, on peut la manipuler sans provoquer de perturbations, à moins qu'on ne comprime profondément le nerf sous-orbitaire gauche; cette compression arrête une demi-minute la convulsion, mais celle-ci reparaît, diminuée il est vrai, bien qu'on continue la pression. La même manœuvre pratiquée sur le sus-orbitaire gauche n'a que peu d'action, elle n'exerce aucune influence quand elle porte sur les nerfs sus et sous-orbitaire du côte droit. — M. Berger reprend l'électrisation galvanique; en appliquant l'anode en permanence sur le nerf infrà-orbitaire gauche et en plaçant la cathode dans la main, il n'obtient que des résultats partiels insuffisants. Il installe alors l'anode au-dessous de la protubérance occipitale et fait tenir la cathode à la main, les convulsions disparaissent; elles n'ont plus reparu depuis neuf mois.

P. K.

LIV. Remarques sur certaines formes de l'atrophie névrotique (*dite névrite dégénérative multiple*); par W. Erbé. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

C'est la rédaction plus développée de la communication de l'auteur à la section de psychiâtrie et de neurologie du Congrès des naturalistes de Fribourg[1] qu'on peut résumer par l'expression de revue critique.

P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXXIV. De la sclérose miliaire; par J.-W. Plaxton. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 27.)

La sclérose miliaire se produit-elle pendant la vie? N'est-elle au contraire qu'une altération consécutive à la mort? L'auteur

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 280.

penche pour cette dernière opinion, par deux raisons : 1° cette lésion n'a que très rarement fait défaut dans les cerveaux qu'il a examinés depuis qu'il dirige l'asile de Ceylan; 2° personne ne s'est risqué à établir un lien entre cette lésion et des phénomènes observés sur le vivant. Toutefois, il n'y avait là que des présomptions; M. Plaxton résolut d'instituer quelques recherches dont voici le résultat : ayant dans son laboratoire vingt-deux fragments de cerveaux conservés depuis un temps plus ou moins long, il résolut de les examiner au point de vue de la recherche de la sclérose miliaire; ces fragments se décomposaient ainsi : vingt provenaient de cerveaux d'aliénés morts à l'asile, un provenait d'un cerveau supposé normal, et un d'un cerveau de chauve-souris. Dans vingt-un fragments (y compris le cerveau de chauve-souris), il trouva de la sclérose miliaire; dans un seul fragment, il n'en rencontra pas. Or, M. Plaxton a l'habitude d'emporter à la salle d'autopsie un flaçon rempli d'alcool, pour y plonger de suite le fragment de cerveau qu'il désire conserver; ayant un jour dérogé à cette habitude, il eut soin de noter par écrit cette dérogation; il se trouva que le cerveau où il n'avait pu trouver de sclérose miliaire était précisément celui qui avait été l'objet de cette exception.

Se demandant si la production de la sclérose miliaire n'était point causée ou tout au moins influencée par l'action de l'alcool, il s'efforça de vérifier ce point. Sur quatre cerveaux d'aliénés, il préleva huit fragments (deux sur chaque cerveau); des deux fragments de chaque cerveau, l'un fut placé immédiatement dans une solution de bichromate de potasse, l'autre dans l'alcool; puis les divers fragments furent examinés; la sclérose miliaire fut trouvée dans trois des fragments traités par l'alcool; elle manquait dans le quatrième; — elle ne fut trouvée dans aucun des fragments traités par le bichromate de potasse. — Enfin deux autres cerveaux qui avaient été plongés dans l'alcool furent examinés; tous deux offraient les lésions de la sclérose. — En résumé, dans les cas où l'alcool avait été employé, la sclérose miliaire n'a pas été constatée une seule fois; dans le cas où l'alcool avait été employé, la sclérose miliaire a été trouvée vingt-six fois; elle a manqué une fois. Sans suivre l'auteur dans les quelques considérations ultérieures auxquelles il se livre, notamment sur l'action de la température, nous reproduirons simplement ses conclusions : 1° l'observation clinique ne nous fournit que peu ou point de raisons de supposer que les altérations propres à la sclérose miliaire soient le fait d'un maladie; 2° l'examen microscopique du tissu cérébral, l'observation des effets de l'alcool nous donnent la certitude que cet agent peut donner lieu à des altérations trompeuses; 3° enfin l'auteur est disposé à aller plus loin encore, et à penser qu'il y a de fortes raisons pour mettre en doute la réalité de la sclérose miliaire pendant la vie, et pour la

considérer comme le résultat d'une altération consécutive à la mort, quel que soit d'ailleurs le mécanisme suivant lequel cette altération prend naissance. R. M. C.

XXXV. De l'influence de la grandeur des asiles et de quelques autres circonstances sur la proportion des guérisons et des décès par T.-A. Chapman. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 4.)

Travail intéressant de statistique, renfermant de nombreux tableaux, propres à éclairer les diverses faces de la question. Les principales conclusions qui résultent de cette étude peuvent être sommairement résumées de la façon suivante : En ce qui touche les *guérisons* : autrefois, lorsque les grands asiles n'étaient, en Angleterre, ni aussi nombreux, ni aussi gigantesques, le chiffre proportionnel des guérisons était très faible; depuis cinq ou six ans, ce chiffre s'est notablement relevé, et ce sont eux qui fournissent les proportions les plus favorables; mais il y a lieu de faire à cet égard une très importante réserve : en effet, ces grands asiles appartiennent à des districts étendus et populeux et dans lesquels existent des modes divers d'hospitalisation des aliénés; c'est ainsi que les cas les plus favorables, les plus guérissables sont choisis pour être internés à l'asile, tandis que les cas défavorables (chroniques) sont dirigés sur les « workhouses ».

En ce qui touche les décès : l'élément qui paraît influer le plus sur le taux de la mortalité des asiles, c'est le rapport entre les admissions et la moyenne des malades résidant à l'asile.

On peut ajouter : 1° qu'un accroissement rapide dans la proportion totale des aliénés d'un district internés dans un asile, ou ce qui revient à peu près au même, l'admission dans cet asile de cas chroniques, antérieurement traités soit au « workhouse », soit à domicile, aboutit à une faible proportion de guérisons; cet accroissement n'influe pas, d'une façon bien nette, sur la proportion des décès, bien que probablement il le réduise un peu; 2° que si une grande partie des aliénés d'un district reçoit l'hospitalisation au « workhouse », il en résulte que les aliénés internés à l'asile sont choisis parmi les plus curables et que le taux des guérisons à l'asile s'élève; 3° enfin, que le taux de la mortalité, tend à suivre les fluctuations du taux des guérisons. R. M. C.

XXXVI. Le mariage chez les sujets « neurotiques » ; par G.-H. Savage. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 49.)

L'auteur définit d'abord ce qu'il entend par sujets neurotiques, (*neurotic subjects*); les personnes qu'il désigne sous ce nom sont

les sujets qui ont été atteints d'aliénation mentale, d'épilepsie ou de grande hystérie, ainsi que leurs proches parents consanguins. On sait que les médecins sont souvent consultés, par des personnes intéressées à divers titres, sur la question de savoir s'il convient de permettre ou d'interdire le mariage à des sujets neurotiques, et dans quelle mesure l'union conjugale peut leur être soit nuisible, soit avantageuse.

Les médecins se divisent à cet égard en deux camps: pour les uns, le mariage implique des chances sérieuses de guérison, ou tout au moins d'amélioration, et ils s'empressent de le conseiller; pour les autres, il entraîne des risques d'aggravation, et ils le repoussent de toutes leurs forces. M. G. Savage ne partage, d'une façon absolue, ni l'une ni l'autre de ces opinions extrêmes, et il termine sa très consciencieuse et très judicieuse étude de cette grave question par les conclusions suivantes : « En résumé, on peut dire que le mariage produira une amélioration dans un certain nombre de cas d'hystérie, et qu'il peut se justifier, dans un certain nombre de cas, chez des sujets ayant présenté les signes de l'aliénation mentale. Toutefois, je ne conseillerais jamais le mariage comme moyen curatif de l'hystérie sans prévenir l'entourage du futur conjoint que ce moyen peut échouer, tout comme il peut être avantageux et que l'avantage éventuel à en retirer ne dépend pas seulement du mariage lui-même, mais d'une foule d'autres circonstances. Je ne m'opposerais pas dans tous les cas indistinctement au mariage d'une personne qui aurait été aliénée, à la condition toutefois qu'un seul des conjoints se trouvât dans ce cas, l'autre présentant une bonne santé physique et étant exempt de toute prédisposition nerveuse ». R. M. C.

XXXVII. Du prix relatif des grands et des petits asiles; par Henry Rayner. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 1.)

Il résulte des recherches faites par M. Rayner, en s'appuyant sur des documents officiels que dans les grands asiles (au delà de 600 malades) le prix de construction par lit, le prix d'entretien du bâtiment et du matériel, enfin le prix d'entretien même des malades, est plus élevé que dans les asiles de moyenne grandeur (de 450 à 600 lits.)

L'auteur est d'avis qu'il convient de s'opposer par tous les moyens possibles à la construction des grands asiles, non seulement au point de vue pécuniaire, mais encore au point de vue du traitement des malades et de la responsabilité médicale.

R. M. C.

XXXVIII. PARALYSIE GÉNÉRALE PAR LÉSION DU CRANE; par Julius MICKLE. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 544.)

L'auteur constate que, dans les cas qu'il a observés, la lésion crânienne lui a paru jouer plus souvent le rôle de cause efficiente. Cependant, il peut se faire que dans cette interprétation on soit trompé par les apparences; on ne sait jamais en effet si la lésion n'a pas laissé après elle une altération permanente de l'encéphale, ou bien encore quelque processus inflammatoire obscur, insidieux, latent, qui sous des influences accidentelles diverses peut faire un jour éclore la paralysie générale. Il est probable que dans la majorité des cas de ce genre, la maladie est due au concours de plusieurs influences d'ordre différent.

M. Mickle rapporte dans ce travail quatre observations dans lesquelles la paralysie générale a fait son apparition plus ou moins longtemps après une lésion crânienne ; dans l'une, le traumatisme du crâne lui paraît avoir joué le rôle de cause simplement prédisposante; dans l'autre il paraît avoir agi comme cause déterminante; dans un troisième cas, il aurait agi encore comme cause déterminante; mais les antécédents syphilitiques bien constatés du malade imposent une réserve toute particulière; enfin, dans un dernier cas, on avait assigné comme cause à la paralysie générale une lésion de l'épine dorsale; mais il paraît démontré qu'il y avait eu intervention simultanée d'un traumatisme du crâne.

R. M. C.

XXXIX. DE LA FOLIE CHEZ LES JUMEAUX. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 539.)

I. *Jumelles présentant des accès similaires de mélancolie*; par George-H. SAVAGE.

Il s'agit de deux jumelles, dont la ressemblance physique est très frappante et qui présentent toutes deux les symptômes de la mélancolie avec stupeur. On n'a pu trouver chez elles aucun antécédent héréditaire; elles sont placées dans des salles séparées.

M. Savage a vu un cas dans lequel des troubles nerveux ont fait leur apparition au même moment chez des jumeaux, mais sous une forme différente; l'un en effet devenait fou, tandis que l'autre devenait épileptique. Il a vu aussi la folie survenir chez deux jumeaux; mais presque toujours ils habitaient ensemble, et étaient soumis aux mêmes influences; ici, les jumelles avaient quitté en se mariant la maison paternelle et vivaient séparément.

Voici le résumé de la double observation :

A.-S. U..., vingt-huit ans, femme d'un fermier, entrée le 14 août 1882.	E.-G. W..., vingt-huit ans, femme d'un architecte ; entrée le 17 août 1882.
Trois enfants : le plus jeune a dix mois.	Trois enfants : le plus jeune a huit mois.
Durée du premier accès : deux semaines. (La cause supposée est l'émotion ressentie en voyant sa sœur atteinte de mélancolie.)	Durée du premier accès : neuf semaines. Cause inconnue.
Idées de suicide ; malade non dangereuse.	Pas d'idées de suicide ; pas dangereuse.
Sobre et bien élevée.	Sobre et bien élevée.
Tempérament calme.	Tempérament gai, tranquille, actif.
Symptômes du début : excitation et loquacité ; elle s'écrie que Dieu a pris son cœur et qu'elle a gravement péché contre lui.	Symptômes de début : évanouissement ; état semi-conscient pendant une semaine ; au réveil, grande dépression et mélancolie.
Etat actuel : ne s'assied jamais ; se tient debout les mains en avant, pendant des heures, sans parler. On ne la décide qu'avec peine à s'alimenter.	Etat actuel : à peu près identique ; ne s'assied pas, ne parle pas ; on est obligé de la nourrir à la cuiller.

II. *Manie chez des jumelles* ; par Clifford Gill.

On ne peut guère résumer cette observation, qui est extrêmement longue et intéressante surtout par ses détails. Il suffira d'indiquer que ces jumelles avaient présenté de bonne heure un parallélisme morbide, qui, pour avoir été signalé assez souvent, n'en est pas moins remarquable ; c'est ainsi que l'une des sœurs tombant malade dans une ville, déclarerait que sa sœur, alors dans une autre ville, devait souffrir à ce même moment de la même maladie, ce qui fut reconnu exact. Un autre point à signaler, c'est que dans cette famille, qui compte cinq enfants, ces enfants, bien qu'on ne puisse trouver aucun antécédent héréditaire, sont tous atteints soit de névrose, soit d'aliénation. R. M. C.

XL. Atrophie du cerveau ; imbécillité ; par Fletcher Beach. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 535.)

L'auteur rappelle que l'on décrit ordinairement deux formes d'atrophie cérébrale : l'une dans laquelle on constate un arrêt de développement, l'autre qui résulte de la disparition des éléments nerveux qui existaient auparavant. Le cas dont il s'agit appartient à la seconde catégorie. L'observation peut se résumer ainsi :

Fille de dix-huit ans, dont la mère est une aliénée homicide (elle a tué un de ses enfants), actuellement internée. La malade est épileptique depuis l'âge de deux ans et demi, et son intelligence s'en est ressentie. Paralysie motrice du membre supérieur droit et faiblesse marquée du membre inférieur du même côté. C'est une imbécile, mais d'un type élevé; elle lit passablement, écrit très bien de la main gauche, fait des opérations assez compliquées d'arithmétique, aime la musique, distingue très bien les couleurs. Elle devient bientôt phthisique, a fréquemment des attaques de petit mal, et meurt sept mois après son entrée.

A l'autopsie, on constate que l'hémisphère gauche est très atrophié, et que l'arachnoïde de ce côté est épaissie par places et opaque. L'atrophie est surtout appréciable dans les régions frontale et pariétale. Au toucher l'hémisphère malade est dur et ferme, tandis que le droit est normal. C'est surtout le lobe moyen gauche dont le volume est diminué. A la face convexe de la moitié postérieure de l'hémisphère gauche, on constate une dépression du volume d'une petite poire. Une coupe transversale montre que le ventricule latéral gauche est énormément dilaté. La dépression signalée plus haut est due, comme on peut alors le constater, à l'effondrement de la paroi supérieure du ventricule. Les circonvolutions du côté gauche sont plus petites qu'à l'état normal.

La substance blanche des lobes antérieur et moyen est réduite à gauche à une couche linéaire. Malheureusement le corps strié et la couche optique n'ont pas été étudiés au point de vue d'une comparaison entre les deux côtés.

Le côté gauche du crâne est beaucoup plus épais que le côté droit; le lobe antérieur gauche du cerveau est déprimé par suite de la plus grande épaisseur de la portion du crâne correspondante.

Le cervelet n'a pas été spécialement examiné; mais comme la fosse cérébelleuse gauche était plus grande que la droite, il ne paraît pas douteux que le lobe gauche du cervelet ait été plus volumineux que le lobe droit.

Il résulte de cette observation, comme de celles qui ont été rapportées par Van der Kolk, par Taylor et par d'autres observateurs, que les lésions que l'on rencontre habituellement en pareil cas sont les suivantes : épaississement du crâne, opacité et épaississement des membranes, épanchement séreux dans l'espace sous- arachnoïdien, quelquefois dans les ventricules, et atrophie d'un hémisphère, y compris le corps strié, la couche optique et la protubérance du côté atteint.

Suivant M. Fletcher Beach, voici qu'elle paraît être la marche des faits : D'abord, à la suite d'une inflammation chronique des méninges ou de la région corticale, il se produit une atrophie unilatérale du cerveau. Par compensation, le crâne s'épaissit, et

il se fait un épanchement de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules. Dès lors les parties du cerveau qui sont préposées au mouvement étant atrophiées, les membres dont l'action est régie par ces parties n'ont plus qu'une nutrition imparfaite, et s'atrophient à leur tour. R. M. C.

XLI. Atrophie et sclérose du cervelet dans un cas d'imbécillité épileptique; par Herbert-C. Major. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 532.)

Voici le résumé de l'observation:

Femme de trente-deux ans, épileptique et idiote depuis sa naissance; est devenue sujette, en grandissant, à des crises d'excitation et de violence; intelligence bien au-dessous de la moyenne dès l'enfance; pas de mémoire. A son entrée, elle comprend à peine les questions les plus simples, est incapable de poursuivre un entretien: elle ne se rend compte ni de sa situation ni du milieu où elle se trouve. Pas de troubles de locomotion. Intégrité apparente des sens spéciaux. Menstruation régulière. Les attaques, fréquentes et graves, présentent les caractères du grand mal : elle tombe en avant, sans qu'on ait observé de rotation. Agitation sans but, violences, gâtisme; à la suite d'une série de fortes attaques, elle tombe dans un état de stupeur, et ne tarde pas à mourir, après avoir présenté les symptômes d'une complication cérébrale nouvelle.

A l'autopsie, on trouve au-dessus de l'hémisphère droit un kyste sous-arachnoïdien assez récent, de couleur foncée, contenant un liquide sanguinolent brunâtre, adhérent à l'arachnoïde pariétale; selon toute probabilité, cette lésion a été la cause immédiate de la mort.

Cerveau petit; circonvolutions normales; couche corticale pâle, d'épaisseur ordinaire, ne paraissant pas altérée à l'œil nu. Poids du cerveau entier: 1,120 grammes (cervelet, 115 grammes).

Lobe cérébelleux gauche normal; lobe droit sensiblement plus petit, aplati, donnant au toucher une sensation de dureté, de densité, évidemment en état de sclérose avancée. A la coupe, la substance grise normale est convertie en substance presque blanche; bien qu'avancée, la sclérose n'a pas pénétré profondément.

L'examen histologique montre nettement les lésions de la sclérose, surtout sur les coupes qui comprennent du tissu sain en même temps que du tissu altéré. Dans les différentes couches, mais seulement sur la portion de la coupe qui répond au tissu malade, on trouve des corps arrondis (corpuscules amyloïdes). Les cellules de Purkinje font entièrement défaut dans les points sclérosés; on les voit peu à peu diminuer, puis disparaître à mesure qu'on passe du tissu sain au tissu malade. La couche dite granuleuse, située

au-dessous des cellules de Purkinje, qui est large à l'état normal, se trouve réduite dans toute la région atrophiée, à une étroite bande de cellules. Mais bien que le nombre des éléments constituants de cette couche soit très réduit, ces éléments eux-mêmes,— qui sont en majeure partie de petites cellules nerveuses étoilées,— ne paraissent que peu altérés.

Les fibres nerveuses qui succèdent ordinairement à la couche granuleuse sous la forme d'un petit centre blanc distinct à l'intérieur de chaque feuillet, sont absentes, ou à peu près dans les feuillets malades ; elles sont remplacées par des fibres du tissu connectif, et d'une façon générale, par des éléments de la névroglie ayant proliféré.

Enfin, un dernier point à remarquer, c'est la façon dont les feuillets ont, pour ainsi dire, fusionné, dans les régions malades, par une sorte d'union des couches adjacentes de substance grise pure. Cet état, que l'auteur n'avait jamais observé auparavant, paraît dû à ce fait que les fibres de la pie-mère hypertrophiée auront largement pénétré dans les feuillets, les membranes elles-mêmes ayant fusionné et s'étant réunies.

M. Herbert Major ajoute qu'il ne connaît aucune observation où l'on ait histologiquement étudié cet état du cervelet, si ce n'est l'observation d'idiotie paralytique, qu'il a lui-même publiée, et dans laquelle on voyait des lésions microscopiques semblables, mais moins avancées, correspondre, comme dans le cas actuel, à l'atrophie et à la sclérose d'un hémisphère cérébelleux. Il en conclut que ces altérations histologiques sont réellement propres à l'atrophie et à la sclérose cérébelleuses, et que les différences que l'on peut observer sont liées à l'état plus ou moins avancé du processus morbide. R. M. C.

XLII. La philosophie du « restraint » dans la direction et le traitement des aliénés ; par R. Cameron. (*Journal of mental Science*, janvier 1883, p. 519.)

Ce long mémoire se termine par les conclusions pratiques que voici :

1° Un « restraint » d'une nature ou d'une autre sera toujours nécessaire, tant que la folie existera telle qu'elle existe actuellement ; 2° il faut en limiter l'application autant que cette limitation est compatible avec le bien du malade et les intérêts du public ; 3° il faut, autant que possible, graduer le « restraint » en se conformant aux exigences de chaque cas particulier ; 4° un contrôle direct, moral et physique, exercé par de bons serviteurs, sous la direction des fonctionnaires supérieurs de l'asile, constitue le meilleur moyen d'atteindre ce résultat ; 5° le « restraint » pratiqué autrement que de la façon qui vient d'être indiquée n'est pas

souvent nécessaire dans un asile bien tenu où l'on tient compte des besoins des malades, tant au point de vue de la nourriture, du vêtement et du logement, qu'au point de vue des occupations industrielles et des amusements; 6° il présente de temps en temps des cas où il est impérieusement nécessaire d'avoir recours à un « restraint » exceptionnel, l'emploi de la force physique par les serviteurs n'étant jamais exempt de danger; 7° dans le plus grand nombre des cas de ce genre l'isolement doit être préféré au « restraint » soit mécanique, soit thérapeutique; il constitue un procédé plus sûr, plus avantageux et plus humain que n'est l'emploi des appareils mécaniques ou des médicaments stupéfiants; 8° l'emploi d'un appareil mécanique dans un but de contention ne se justifie que dans les cas chirurgicaux, pour empêcher le malade de défaire des pansements, ou bien dans les cas imprévus, et en attendant que l'on puisse se procurer d'autres et de meilleurs moyens de contention ; 9° l'emploi systématique de médicaments stupéfiants comme moyen de calmer les aliénés constitue une pratique pernicieuse capable de compromettre la vie et de nuire d'une façon permanente à la santé ; 10° l'emploi incident de ces agents, concurremment avec d'autres remèdes tels que les bains froids, les drogues nauséabondes, etc., est quelquefois indiqué, à titre de punition; leur emploi est alors justifié, car il constitue le moyen le plus rapide et le plus efficace de combattre des tendances morbides et de ramener le malheureux malade dans le sentier qui doit le conduire à la santé mentale, et peut-être à la guérison définitive.

Nous devons ajouter qu'a propos de cette dernière conclusion et du chapitre qu'elle résume, la Rédaction du *Mental Science* a mis au bas de la page une note par laquelle elle rappelle qu'elle n'est pas responsable des opinions émises dans les mémoires signés. Elle ajoute que l'auteur paraît oublier qu'il n'est pas le chef d'une maison de répression, mais bien le surintendant médical d'un hôpital d'aliénés. R. M. C.

XLIII. Sur l'état mental dans l'hypnotisme; par D. Hack Tuke. (*Journal of mental Science*, avril 1883, p. 55.)

Ce mémoire a été lu devant l'Association médico-psychologique anglaise peu de temps après une séance donnée à l'hôpital de Bethlem, par un célèbre hypnotiseur danois, Carl Hausen. Les données sur lesquelles l'auteur a tenté de se faire une opinion ou d'édifier une théorie sont les suivantes : I. Conditions nécessaires pour provoquer l'état dont il s'agit; II. Symptômes objectifs chez le sujet hypnotisé, dans la mesure où il est possible de les observer; III. État subjectif éprouvé et décrit par le sujet lui-même, dans les cas où il a conservé, d'une façon plus ou moins nette, le souvenir

de ce qui a été présent à son esprit pendant l'état hypnotique. — Nous suivrons l'ordre adopté par l'auteur, et après avoir rendu sommairement compte des deux premiers chapitres, nous reproduirons textuellement les conclusions par lesquelles il résume lui-même son troisième chapitre, le plus long et le plus important.

I. Le principe commun à toutes les méthodes d'hypnotisation est, au point de vue physique, la stimulation plus ou moins prolongée d'un nerf sensoriel en étroit rapport avec le cerveau; le résultat final de cette stimulation est l'épuisement d'une partie de l'organe; — au point de vue mental, c'est la concentration de l'attention sur une idée unique.

La fixation d'un objet, brillant ou non, n'est pas nécessaire, puisqu'on peut hypnotiser des aveugles.

Le renoncement à toute volonté, la passivité absolue à l'égard de l'hypnotiseur, constituent également, dans presque toutes les méthodes, un facteur important. Toutefois, chez certains sujets, qui ont déjà été hypnotisés et qui sont très sensibles aux impressions sensorielles, le concours de la volonté n'est pas nécessaire, et M. P. Richer, dont les recherches sur l'hypnotisme sont bien connues, dit M. Hack Tuke, a démontré que le sujet peut-être surpris, et même mis en état de catalepsie, dès que son attention est le moins du monde arrêtée.

II. Il va de soi que, chez les sujets hypnotisés, les symptômes objectifs varient suivant la période et le type; nulle description théorique n'est capable de s'appliquer à tous les cas. L'auteur rappelle ici que MM. Charcot et Richer, et, après eux, MM. Tamburini et Seppeli ont admis trois types fondamentaux : type cataleptique, type léthargique et type somnambulique; il rappelle ensuite les caractères aujourd'hui bien connus qui distinguent chacun de ces types.

Les symptômes objectifs ont, en matière d'hypnotisme, une grande importance; car c'est le plus souvent par l'observation de ces symptômes, tout au moins de ceux qui ne peuvent être simulés, que l'on pourra découvrir la simulation si fréquente en pareil cas, et si facile à pratiquer dans l'ordre subjectif.

État des pupilles. Si, en faisant fixer un objet, on exagère les effets de l'accommodation, il en résulte une dilatation pupillaire et du strabisme; plus tard, si le sujet entre en hypnotisme, les pupilles se dilatent et deviennent souvent un peu paresseuses.

Circulation cérébrale. On observe quelquefois de la congestion de la face, et Braid a trouvé quelquefois la face si congestionnée et le cœur si tumultueux qu'il s'est hâté de réveiller le patient; toutefois les troubles cérébraux quelque peu sérieux paraissent très rares.

Respiration et circulation. Règle générale, la respiration et l'ac-

tion cardiaque sont accélérées au début[1]. Les tracées du professeur Tamburini et les observations de Heidenhain confirment ce fait.

Les recherches de M. Richer ont montré le parti que l'on pouvait tirer des tracés pour découvrir la simulation.

Muscles. L'auteur se borne à rappeler les observations faites sur ce sujet par M. Richer.

Action réflexe. Si l'on admet, comme il paraît logique de l'admettre que, dans l'hypnotisme, les fonctions corticales sont plus ou moins éteintes, on ne sera pas étonné de constater la facilité avec laquelle une stimulation sensorielle provoque la rigidité musculaire. — Dans le plus grand nombre des cas, l'auteur a trouvé les réflexes tendineux identiques à ceux que l'on constatait dans l'état de veille ; dans quelques cas, ils étaient exagérés.

Réaction galvanique. L'auteur a trop peu de documents pour formuler une opinion ; il se borne à rappeler les faits observés par d'autres expérimentateurs.

III. Conclusions de l'auteur :

« 1° La conscience peut exister dans l'état d'hypnotisme et le sujet peut passer, rapidement ou lentement, à un état complet d'inconscience, comme dans l'état somnambulique ; les manifestations ne dépendent aucunement de l'existence ou de l'absence de la conscience, qui n'est qu'un épiphénomène ;

« 2° La direction volontaire des pensées et des actions est suspendue ;

« 3° En conséquence, l'action réflexe par laquelle l'écorce cérébrale répond aux suggestions venues du dehors entre en jeu tant qu'une voie de communication demeure ouverte ;

« 4° Tant que la conscience persiste, la perception de cette action cérébrale réflexe et automatique donne au sujet l'impression de deux moi ;

« 5° Quelques fonctions mentales, comme la mémoire, peuvent être exaltées ; et il peut y avoir des hallucinations et des délusions très vives et très frappantes ;

« 6° Il se peut qu'une imitation réflexe inconsciente soit le seul phénomène mental qui subsiste ; le sujet, en ce cas, copie minutieusement tout ce qui est dit, ou fait par la personne avec laquelle il est en rapport ;

« 7° Les impressions venues du dehors peuvent se trouver limitées à certains points de l'encéphale, suivant que tel ou tel territoire est affecté, et suivant qu'il est plus ou moins complètement hypnotisé ; c'est ainsi qu'une impression ou une suggestion, —

[1] M. le professeur Bernheim a donné de cette accélération initiale une explication ingénieuse et qui paraît fort judicieuse. (Voy. Bernheim. *De a suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Chap. IV, p. 45.)

qu'elle ait pris sa source dans un geste, un mot, ou une stimulation musculaire, — peut affecter exclusivement les ganglions de la base, ou bien pénétrer dans l'écorce, et lorsqu'elle a atteint l'écorce, exciter l'idéation et des actions musculaires réflexes avec ou sans conscience et d'une façon tout à fait indépendante de la volonté;

« 8° Il peut exister, dans les différents états d'hypnotisme, soit une exaltation, soit une dépression des sensations et des sens spéciaux. » R. M. C.

XLIV. Contribution a la casuistique de l'inversion de l'instinct sexuel; par G. Cantarano. (*La Psychiatria*, Naples, 1883.)

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille qui, dès son enfance, se faisait remarquer par son humeur vagabonde et fuyait la maison paternelle; un peu plus tard, renfermée dans un asile de filles repenties, elle ne tarda pas à lier des relations impures avec un grand nombre de ses compagnes, et même avec les femmes préposées à la surveillance de la maison, sur lesquelles elle avait pris un grand ascendant; elle finit par s'échapper et mit le feu à la maison paternelle; se déguisa en homme et courut ainsi les maisons mal famées, puis fut de nouveau enfermée dans un asile. — En outre de la relation des aventures de la malade, l'auteur donne les résultats de l'examen des organes génitaux et de la mensuration de la tête, et, de plus, un rapide résumé de la question de l'inversion de l'instinct sexuel. P. M.

XLV. Sclérose de la lisière de substance blanche du cerveau dans la démence paralytique; par Tuczek. (*Neurol. Centralbl.*, 1883.)

Description anatomopathologique détaillée du fait présenté à la Société des aliénistes allemands [1]. L'auteur suit la ligne grise trouvée par lui sur le cerveau d'un tabétique de cinquante ans, mort en état de démence paralytique avancée, entre l'écorce et la substance blanche, au moment où il pratiquait des coupes après durcissement par le liquide de Müller. Il signale les faits semblables de Baillarger et de Rey. (*Annales médico-psychologiques*, VII, 1; VIII, 1.) P. K.

XLVI. Sur l'action de la paraldéhyde et de l'acétal chez les aliénés; par G. Langreuter [2]. (*Arch. f. Psych.*, XV, 1.)

Modification polymérique de l'aldéhyde, la paraldéhyde qui a

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VII, p. 366.

[2] Voy. Société de psychiâtrie et maladies nerveuses, de Berlin (juillet 1883); *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 383, et thèse de Nercam, Paris 1884.



pour formule $C^6 H^{12} O^3$, à la dose de cinq à six grammes, dans une potion huileuse menthée, fait le plus souvent dormir très rapidement (généralement en cinq minutes, rarement en un quart ou une demi-heure), ou tout au moins calme les malades agités, anxieux, etc., à la condition qu'ils ne soient pas préoccupés par ce qui se passe autour d'eux. D'après M. Langreuter, il est très facile, en causant avec d'autres personnes, de réprimer l'envie de dormir provoquée par ce médicament. Le sommeil est d'ailleurs léger, de sorte qu'il est difficile d'observer les patients, auxquels on en a prescrit, dans leur état d'hypnose. Mais, somme toute, sur deux cent dix cas comprenant cent quarante-huit observations à doses vespérales et soixante-deux observations à doses diurnes, l'auteur a obtenu :

170 résultats qui se décomposent en :	134 résult. complets (somm. parfait.)	en ce qui concerne les doses vespérales.
	2 — part. (calm. ou somm. agité.)	
	12 — nuls,	
	38 résultats parfaits,	à l'égard des doses diurnes.
	16 — partiels,	
	8 — nuls,	

Toutes les formes de perturbation mentale sont représentées dans ces chiffres, y compris l'insomnie purement nerveuse et la migraine. Le sommeil paraldéhydique dure, en moyenne, six heures cinq minutes (la nuit) ou deux heures six minutes (le jour). Les affections dans lesquelles, la connaissance étant troublée, les malades ne participent pas à la vie extérieure permettent d'enregistrer des résultats éclatants. La paraldéhyde n'est pas cependant un anesthésique; le goût n'en est guère plus désagréable que celui du chloral, mais elle s'élimine par les poumons et infeste toute une pièce cinq, sept, douze heures même encore après l'ingestion, mais il en faut des doses trois fois plus fortes. Ces doses peuvent, du reste, être élevées et prolongées sans inconvénients pour le cœur, pour la respiration, pour l'ensemble de l'économie. — L'acétal a des effets semblables à ceux de la paraldéhyde, mais il n'est pas fidèle, il a des effets accessoires (renvois, odeur exhalée, etc.), bien plus désagréables et bien plus nombreux ; M. Langreuter déconseille d'en poursuivre la recherche. P. K.

XLVII. Rapports médico-légaux sur des états mentaux douteux ; par de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psych.*, IV, 1.)

Deux faits sont publiés. Dans le premier, il s'agit d'un *affaiblissement psychique acquis,* d'origine probablement syphilitique. Le délit commis était un attentat contre une fillette mineure. Pour établir l'existence de la *démence organique*, le rapporteur se fonde sur la marche de l'affection, le patient ayant présenté successive-

ment : de la paralysie de l'oculomoteur externe gauche manifestement de cause centrale (dilatation pupillaire alternante, parésies partielles des muscles de la face) ; de l'affaiblissement de la mémoire, des facultés intellectuelles, du raisonnement ; de l'incohérence dans les discours ; des modifications immotivées dans le caractère, les allures, l'humeur ; de l'excitabilité sous toutes ses formes, de la propension à l'isolement ; de la céphalalgie. L'affaiblissement du sens moral a nécessairement apparu à son tour. — La seconde observation concerne un *affaiblissement psychique congénital.* Une fille de trente-huit ans met le feu par jalousie ; l'examen décèle l'arrêt de développement en question, à raison du mode d'exécution de l'acte, des motifs allégués, de la forme et de la teneur des réponses ; absence de sens moral ; prédominance des instincts égoïstes. Son amant la quitte ; elle met tout simplement le feu à la demeure de sa rivale. Quoi de plus naturel ? P. K.

XLVIII. Démence paralytique. Altération syphilitique des vaisseaux de l'encéphale ; par R. Schulz. (*Neurol. Centralbl.,* 1883.)

Un homme de cinquante-trois ans, ayant eu, il y a dix ans, de la choroïdite avec diplopie, présente depuis plusieurs semaines une modification de la manière d'être et des traces de perturbation mentale. Tout à coup, on constate des attaques épileptiformes sans perte de connaissance, puis une agitation croissante et les troubles psychiques et somatiques de la paralysie générale. Durée de cette phase : neuf jours. Finalement explosion de manie furieuse qui, en onze jours, emporte le malade dans le coma. Les seules altérations importantes occupent les deux carotides internes, et les artères de la base, qui sont transformées en tuyaux rigides. Le microscope décèle une infiltration de la tunique adventice par de petites cellules rondes, et l'hyperplasie des éléments de la membrane fenêtrée ; intégrité de la tunique musculeuse. Dégénérescence graisseuse athéromasique de l'aorte. P. K.

XLIX. Constatation de la simulation chez un détenu ; par Kirchhoff. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.,* XXXIX, 6.)

La simulation dura, dans l'espèce, du 11 février 1881 à mai 1882. En somme, à la suite d'un certain nombre de rapports médicaux, sinon contradictoires, au moins ambigus et mobiles en leurs affirmations, on se décide à transporter l'individu en observation dans un asile (20 février 1882). Le 6 avril, M. Kirchhoff certifie que les allures de cet homme ne sauraient être produites par une maladie mentale. Le 26 du même mois, on le réintègre à la prison, en lui

annonçant que, s'il continue à simuler, les soixante-cinq jours passés par lui à l'asile ne compteront pas dans son temps de pénalité, sans préjudice des peines disciplinaires les plus dures. Depuis lors, écrit le directeur de la prison (18 mai 1882), il n'a manifesté aucun signe de dérangement intellectuel. Plus tard une seconde tentative du même genre s'évanouit devant les mêmes représentations. — M. Kirchhoff insiste sur le diagnostic porté, et sur l'énergie du simulateur qui sut supporter la douleur et la faim. Les ruses étaient cependant révélées par des traces évidentes de dents au niveau des articulations de la main. P. K.

L. Sur les troubles de la vue dans la paralysie progressive; par Hirschberg. (*Neurol. Centralbl.* 1883.)

Sans vouloir présenter une statistique minutieuse des observations recueillies par lui, l'auteur peut dire que trois formes de troubles de la vue se montrent chez les paralytiques généraux. Ce sont :

1° L'amblyopie qui repose sur l'atrophie habituelle du nerf optique, qui progresse par conséquent jusqu'à l'amaurose, et que bien des observateurs ont déjà décrite;

2° L'hémianopsie dont Mendel seul a touché quelques mots[1];

3° Le scotome central continu et même progressif, avec décoloration de l'expansion papillaire du nerf optique, auquel on a peu fait attention jusqu'ici. M. Hirschberg en communique une observation accompagnée de mensurations périmétriques très complètes qui confirment, de même que la relation détaillée, le résumé déjà publié[2]. P. K.

[1] Et bien d'autres, notamment Stenger (Voy. *Arch. de Neurologie*, t. VI, p. 403.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*. Société psychiâtrique de Berlin, t. VI, p. 280.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 30 *juin.* — Présidence de M. Dagonet.

Mort de M. Moreau (de Tours). M. le Président informe la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Morian (de Tours), médecin en chef de la Salpêtrière, et donne lecture d'une lettre de Mme veuve Moreau (de Tours) qui offre à la Société de constituer un prix portant le nom de son mari.

M. Ritti donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Moreau (de Tours).

Prix Aubanel. — M. Garnier, rapporteur de la commission chargée de choisir le sujet que les candidats devront traiter pour le prochain prix Aubanel, propose la question suivante, qui a été adoptée :

« De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

La variété des aspects sous lesquels l'aliéné se présente à l'observation du clinicien n'est due, le plus souvent, il faut le reconnaître, qu'au caractère de la maladie mentale, essentiellement protéiforme par elle-même; toutefois, il convient de remarquer que cette diversité peut tenir aussi à l'intervention de troubles délirants appartenant à des espèces morbides différentes, et nullement solidaires. Ainsi se trouve réalisé un complexus symptomatique qui n'est point l'expression d'états hybrides et fusionnés, mais bien le résultat de la superposition, de la coïncidence, chez un même sujet, de plusieurs affections mentales évoluant côte à côte, chacun suivant la modalité clinique qui lui est propre et en dehors de toute subordination réciproque.

Les exemples de ces pluralités pathologiques sont loin d'être rares; mais, par un cas, celui qui s'offre tout d'abord à l'esprit comme réalisant le cas le plus vulgaire, consiste dans la production du délire alcoolique au cours d'une maladie mentale quel-

conque : paralysie générale, délire chronique, épilepsie, etc. Qui ne sait que, dans cette intoxication, l'aliéné, outre qu'il trouve souvent l'appoint d'excitations nécessaires pour passer l'acte délirant, qui ne se fût peut-être pas produit sans cette cause adjuvante, y puise, d'autres fois, l'origine d'un véritable délire à caractères définis et distincts?

Ici l'alcool ne fait qu'exciter une activité maladive prête à entrer en jeu au moindre stimulus; là, exerçant une action plus profonde, il va jusqu'à constituer une folie à part dont les symptômes bruyants, prenant le pas sur l'affection préexistante, la masqueront plus ou moins, sauf à s'effacer plus tard devant elle quand cette excitation sera tombée. Que de fois cette situation ne s'est-elle pas constatée au début de la paralysie générale.

Tel malade peut tenir de causes héréditaires complexes, à la fois l'épilepsie et la vésanie; mais ces deux états morbides restent indépendants dans leurs manifestations, et ne s'influencent que d'une façon purement accessoire et contingente.

Le délire épileptique paroxystique éclate-t-il, il se révèle par un ensemble symptomatique qui lui est propre, s'empare transitoirement de la scène morbide, sur laquelle le délire vésanique reviendra prendre son rôle, quand les troubles délirants comateux se seront dissipés.

On conçoit qu'il dépende de ce malade, si gravement atteint, d'ajouter à la dualité pathologique dont il souffre un troisième élément; c'est-à-dire qu'un délire alcoolique peut survenir à son heure et constituer ainsi, auprès des deux autres, un troisième état morbide à physionomie spéciale.

Il n'est pas téméraire de prétendre que c'est en faisant ainsi la part exacte de chaque forme nosologique qui se compromet, si l'on peut ainsi parler, dans des rencontres diverses, que l'on aura chance d'éviter ces confusions regrettables aboutissant à des divergences non moins fâcheuses, quand il s'agit d'établir que tel symptôme est pathognomonique de telle affection mentale déterminée. De cette recherche minutieuse ne dépendent pas seulement l'exacte interprétation seméiologique et la sûreté du diagnostic, on peut en attendre encore de précieux renseignements sur le pronostic, d'utiles indications thérapeutiques et de sérieuses données médico-légales.

Toute liberté est laissée aux concurrents pour étendre selon les hasards de la clinique, leur étude à l'observation des délires complexes les plus variés ; c'est ainsi, par exemple, que pourront trouver place dans ce cadre les troubles intellectuels développés sous l'influence des intoxications par les solanées vireuses, le haschisch, notamment et au besoin, provoquées dans un but thérapeutique, comme cela a été depuis longtemps tenté par MM. Falret et Moreau (de Tours).

M. Basciroff lit un travail anthropologique sur les criminels, basé sur l'étude des courbes céphalométriques.

M. A. Voisin communique à la Société l'obsrevation d'une aliénée hystérique chez laquelle il a, pendant le sommeil hypnotique, provoqué des phénomènes de suggestion.

Inauguration de la statue de Pinel. — A la suite d'une assez longue discussion, l'inauguration de la statue de Pinel est fixée au mois de novembre prochain. M. B.

Séance du 28 juillet.

Après la lecture du rapport de MM. Ballet, Motet et Féré, sont nommés : membres associés étrangers MM. Ladame et Camille Focchi; membre correspondant, M. Séglas.

M. Motet communique à la Société une traduction de l'étude sur le projet de loi des aliénés par M. Depretis, ministre italien.

Marcel Briand.

VIII[e] CONGRÈS DES NEUROLOGUES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST[1]

SESSION DE BADE

Séance du 16 juin 1883

M. le premier curateur, professeur Jolly (de Strasbourg), salue l'assemblée. Il lui signale les pertes faites, pendant l'année, de MM. Friedreich, conseiller intime, de Rinecker, conseiller aulique, de Homberger (de Carlsruhe), et consacre à la mémoire de ces hommes de bien de chaudes paroles d'adieu : l'assistance tout entière se lève en leur honneur. Enfin, il souhaite la bienvenue à M. le professeur Erb (d'Heidelberg) qui, par acclamation, est choisi comme président. Secrétaires : Kast, de Fribourg, et Lehmann, de Sarreguemines.

M. Schultze (d'Heidelberg) prend la parole sur la *maladie de Friedreich*. Il s'agit, comme on sait, de l'ataxie héréditaire. L'au-

[1] Voy. *Archives de Neurologie* t. V, p. 257.

teur récuse la prétention qu'on ait affaire dans l'espèce à une sclérose multiloculaire de la moelle spinale et de la moelle allongée ou à une lésion cérébelleuse avec dégénérescence secondaire des cordons postérieurs. Les modifications histologiques montrent, d'après M. Schultze, que l'affection est constituée par une lésion systématique de certains tractus et, en tout cas, par une dégénérescence primitive prenant son origine dans les fibres nerveuses. La moelle allongée ne révèle pas de localisation anatomopathologique sur certains systèmes déterminés, si ce n'est sur les faisceaux pyramidaux. L'auteur croit, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, que la désignation de maladie de Friedreich vaut mieux que celle d'ataxie héréditaire.

M. Stark (de Stephansfeld). *Sur une méthode de conservation de l'encéphale par voie sèche.* L'orateur vante la méthode de Girma qui consiste à durcir la pièce dans une solution concentrée de bichromate d'ammoniaque, et à la placer ensuite vingt-quatre heures dans un mélange de glycérine, d'alcool, d'acide phénique et d'eau. On sèche ensuite la préparation à l'air, on l'oint trois à quatre fois d'albumine, on la bronze, et l'on passe finalement une couche de vernis des peintres. Mais, ajoute M. Stark, il faut prendre certaines précautions; ainsi, après le durcissement, on devra se garder de trop faire sécher l'organe, sinon on causerait une rétraction excessive; en second lieu, avant de vernir, on fera passer à travers l'insula et les ventricules latéraux deux grandes aiguilles à tricoter dont les extrémités serviront à suspendre la préparation. On empêchera ainsi toute adhérence, tout endommagement de la base de l'encéphale sur le plan de sustentation. M. Stark montre à ses collègues plusieurs préparations ainsi obtenues.

M. Kohts (de Strasbourg). *Sur un cas de myosite ossifiante progressive,* avec présentation de malade. A raison de la rareté des faits de ce genre, il convient d'insister sur l'observation en question, l'ensemble des phénomènes morbides étant encore en pleine évolution. L'individu envisagé ici a vingt-trois ans; il n'a, depuis sa plus tendre enfance, jamais quitté le lit. Il n'existerait pas d'hérédité myopathique ou névropathique. Quant à la cause immédiate de l'affection (refroidissements, humidité, rhumatisme), le patient est incapable de fournir aucune indication, car il ne se souvient pas du début; pour lui, c'est une maladie congénitale. Sa jambe gauche n'a jamais cessé de demeurer dans l'extension, tandis que celle de droite reste incessamment fléchie suivant l'articulation du genou et vient appuyer par le pied sur la jambe gauche. C'est à l'âge de neuf ans qu'il tenta de marcher pour la première fois, mais cet essai entraîna une telle aggravation que de douze à quatorze ans il lui fallut garder le lit à nouveau. Il entre, à quatorze ans, à l'hôpital, où il apprend graduellement à se mouvoir d'un bâton.

En l'absence de toute cause morbigène perceptible, on doit supposer un vice constitutionnel ayant successivement présidé à l'inflammation du tissu cellulaire des muscles atteints et à la formation dans ce tissu de corpuscules osseux qui, en fin de compte, ossifient la substance musculaire, mais en en atrophiant les éléments. Une fois que le processus s'est, spontanément ou à la suite d'un traumatisme, attaché à une partie du système musculaire, tous les muscles de la tête, du cou, du tronc et des extrémités sont envahis, et l'on peut simultanément observer des foyers morbides récents dans les régions du corps les plus diverses. Chez le patient actuel, on rencontre, sur de nombreux groupes musculaires, les altérations les plus multiples: atrophie, dégénérescence graisseuse, dégénérescence du tissu conjonctif ou ossification. C'est sur les muscles pectoraux, sur ceux du tronc, sur le grand oblique de l'abdomen, sur les muscles du bras et de la jambe que les ossifications présentent la plus grande netteté. Les néoplasmes osseux sont intimement adhérents au squelette sous-jacent, ou bien ils se présentent dans la substance musculaire même sous la forme de lames larges ou de stalactites pointues, librement mobiles dans le paquet contractile. La contractilité est d'ailleurs, de ce fait, soit extrêmement bornée, soit totalement supprimée. En même temps, quelques portions du squelette (clavicules, côtes, tibia) sont le siège d'exostoses. Quant aux troubles circulatoires (refroidissement, œdème des membres inférieurs), signalés ailleurs, ils manquent chez l'individu qui nous occupe. Le sujet considéré ne saurait, puisqu'il vit encore, apporter de contingent anatomique capable de décider de la nature du mal. Est-ce une myopathie pure, est-ce une trophonévrose? On ne sait. Mais le mode de genèse et la marche permettent de consigner une certaine analogie entre lui et l'atrophie musculaire progressive ou la pseudohypertrophie musculaire. Faut-il donc imputer la myosite ossifiante à une lésion des cornes antérieures de la moelle ou plutôt, si l'on constatait réellement, comme dans les maladies précédentes, une atrophie des cellules de ces cornes, serait-il juste de considérer cette atrophie comme la cause de la myopathie , alors que la longue durée du processus musculaire permettrait de l'envisager comme l'effet de ce dernier? Ce sont là autant d'inconnues.

M. ERB (d'Heidelberg). *Sur l'étiologie du tabes dorsalis*. Ce travail a été publié pour sa plus grande part dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 32.

M. STILLING (de Strasbourg). *Présentation de préparations d'encéphales*. Les unes ont trait à la poursuite des fibres au cœur des centres nerveux; les autres ont été obtenues par la méthode des coupes transversales. Les premières montrent avec la plus grande netteté et parfaitement isolée la racine ascendante du trijumeau.

L'auteur n'a pas suivi plus loin cette racine, mais la pièce prouve la fécondité du procédé. Il est également arrivé, à son aide, à déceler les tractus des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur ; il pense que ses préparations démontrent que l'entre-croisement n'en est que partiel, mais il n'a pas poussé plus avant ses investigations, car cette recherche n'entrait pas dans ses vues présentes. Par la méthode des coupes, il a découvert une racine cérébelleuse du nerf pathétique ; la coupe passe à travers les tubercules quadrijumeaux, la valvule de Vieussens et l'extrémité antérieure du vermis cérébelleux. C'est de cette dernière que l'on voit partir une fine racine qui, se dirigeant en avant, se rattache aux tractus des fibres du pathétique issus de l'entre-croisement de même nom ; suivant toute apparence, la racine elle-même ne s'entre-croiserait pas, on peut au reste la suivre jusque dans la région de l'extrémité antérieure du vermis. Cette racine cérébelleuse non croisée du pathétique est également prouvée par les expériences d'Exner (section de la valvule de Vieussens). M. Stilling rappelle que, dans son livre d'après la structure des organes centraux de la vue, il a décrit une racine optique cérébelleuse; mais il n'en avait établi l'existence que sur l'étude des systèmes de fibres ; aujourd'hui il n'y a plus de doute à avoir puisqu'on la constate sur une coupe transverse. C'est, ajoute-t-il, la seule racine cérébelleuse d'un nerf crânien sûrement mise en lumière jusqu'à ce jour, car la connexion de l'acoustique avec le cervelet est loin d'être directe, elle n'a lieu que par l'intermédiaire d'un noyau à grandes cellules dit nucleus magnocellularis acustici. L'enseignement à tirer de cette catégorie de faits, le voici : il faut invariablement employer de concert la méthode d'analyse des fibres, avec celle des coupes transverses, quand on se propose de pratiquer des recherches sur la structure de l'encéphale.

M. Hitzig (de Halle). *Sur un cas de déchet hémilatéral du cervelet.* Ne voulant pas exposer la pièce même aux dangers d'un voyage, à raison des peines que sa préparation lui a coûtées, M. Hitzig présente à l'assemblée le moule en plâtre d'un tronc d'encéphale, dans lequel l'hémisphère cérébelleux droit est réduit à un mince rudiment. Ce rudiment se compose de deux petits lobules dont le plus gros, du volume à peu près d'un haricot, est adjacent au bord médian de l'hémisphère gauche. A ce lobule est appendu un petit noyau gros comme un noyau de cerise, qui se trouve séparé du premier par l'expansion membraneuse du toit du quatrième ventricule et, en avant, par le pédoncule cérébelleux moyen. Le pédoncule cérébelleux moyen prend naissance dans ces deux lobules, de sorte qu'ils représentent les moitiés supérieure et inférieure de l'hémisphère. Le vermis n'a pas laissé non plus grande trace. Le vermis supérieur se trouve peut-être dans sa plus forte part enterré sous l'hémisphère gauche et sous le rudiment du lobule supérieur

droit. D'un autre côté, on rencontre, à la base de l'hémisphère gauche, en arrière de l'amygdale bien développée, un lobe anormal, étant donné la place qu'il occupe; on peut croire qu'il correspond à une grande partie du vermis inférieur, de la luette, etc. Le pédoncule cérébelleux moyen et la protubérance paraissent extraordinairement réduits dans toutes leurs dimensions. L'olive gauche est remplacée par une dépression sur la pièce fraîche. Le trijumeau du côté droit, c'est-à-dire du côté malade avait un volume presque de moitié moindre que celui du côté gauche. C'était l'inverse pour les acoustiques. En outre, la valvule de Tarin était à droite considérablement épaissie et légèrement rougeâtre. — Le lobe postérieur du cerveau était très manifestement plus volumineux à droite qu'à gauche et plus gros que normalement. L'encéphale frais, y compris la pie-mère, pesait 1,100 grammes dont 505 grammes pour l'hémisphère cérébral droit et 475 grammes pour l'hémisphère cérébral gauche, 84 grammes pour le cervelet, la moelle allongée et la protubérance ensemble, soit 80 à 90 grammes de différence avec la normale. — La moelle épinière fraîche ne présentait à la vue aucune anomalie; soumise à l'action de l'acide chromique, elle offrait une coloration jaune des cordons postéro-latéraux et non des cordons postérieurs. On en fera plus tard des coupes. De cette description, il résulte qu'il s'agit d'une anomalie de formation datant des premiers temps de la vie embryonnaire, opinion à l'appui de laquelle vient encore l'état de la base du crâne défectueuse dans sa fosse postérieure droite. La branche droite de l'éminence cruciforme se rend directement à angle aigu vers le trou de la jugulaire. — La patiente à laquelle appartenait ce cervelet avait été reçue à l'établissement à l'âge de trente-deux ans, le 14 avril 1882. Elle n'avait jamais eu de troubles de la motilité; elle avait appris à marcher en temps opportun et pouvait sauter et danser. Mais à l'école, c'était une arriérée et une inhabile. Instincts sexuels très développés, si l'on en juge d'après ses liaisons avant son mariage. Il y a neuf mois, signes somatiques et psychiques de la paralysie générale, sans qu'on fût en état de constater de causes particulières. Au moment de l'admission, humeur et mégalomanie du paralytique général; amnésie très accentuée. C'est alors que se produisent des troubles de la motilité et des troubles de coordination de toutes sortes; ce sont : la parésie du facial gauche, des convulsions fibrillaires des muscles de la face, un embarras de la parole excessif, de l'ataxie des extrémités supérieures et inférieures, des oscillations du corps quand on fait tourner la malade, mais non quand on la fait marcher, les yeux fermés : la force, les réflexes tendineux, la sensibilité n'ont éprouvé aucune modification. L'évolution fut à peu près celle de la paralysie progressive. M. Hitzig appelle plus spécialement l'attention sur la parésie du moteur oculaire externe gauche (28 avril) sur la

parésie du facial droit et de l'extrémité inférieure du même côté, sur l'apparition d'un vertige entraînant la chute en arrière à la suite de l'occlusion des yeux, sur l'apparition par intervalles d'une mydriase gauche, enfin (mars 1883) sur la déchéance générale de la force brutale, avec impossibilité de localiser les excitations sensibles, aboutissant à une augmentation considérable des troubles de la coordination, notamment à droite, et à l'anesthésie. Mort le 3 avril. La publication *in extenso* sera effectuée, dès que des investigations microscopiques auront été exécutées. En attendant, remarquons que l'absence de cervelet n'avait pas entraîné de troubles de coordination; l'idée que le cerveau avait dans l'espèce, suppléé les fonctions cérébelleuses arrêtées dans leur développement pour ainsi dire *ab ovo* est corroborée par la marche de la paralysie générale; car, telle est, dès l'apparition de la méningopériencéphalite, l'intensité des phénomènes ataxiques qu'ils constituent le symptôme somatique principal, alors que les cordons postérieurs demeuraient indemnes, et tandis que les réflexes tendineux persistaient. Ces allures permirent à l'auteur de songer, tout en portant le diagnostic paralysie générale, à l'existence d'une affection organique de l'encéphale, probablement du cervelet, sans désignation plus précise, naturellement.

M. Fuerstner (d'Heidelberg) lit un Mémoire intitulé : *Contribution à la pathologie et au diagnostic de la formation de cavités dans la moelle*. Il sera publié *in extenso* [1].

M. Rumpf (de Bonn). *Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsalis*. Il s'agit d'une hémorrhagie de la moelle consécutrice à l'élongation du sciatique dans le tabes dorsal. L'auteur saisit l'occasion pour consigner quelques remarques relatives au processus anatomopathologique du tabes. Ce travail sera publié *in extenso* [2].

M. Borell (directeur de l'asile de Hubb), présente *un cervelet offrant des lacunes très prononcées dans les hémisphères et le vermis*. L'hémisphère gauche manque complètement; son rudiment, à peine gros comme un haricot, correspond à une portion de l'amygdale et au lobule du pneumogastrique. Celui de droite qui représente l'amygdale, le lobule du pneumogastrique et une partie du lobule quadrangulaire, mesure en diamètre, suivant une perpendiculaire qui tomberait sur la moelle allongée, 2,8 centimètres, son plus grand rayon serait 1,5 à 2 centimètres; le vermis est très fortement réduit, surtout le vermis supérieur. Le monticule ou éminence du vermis supérieur fait défaut. Les olives de la moelle allongée sont invisibles. La protubérance est très mince. Les tuber-

[1] On en trouvera l'analyse aux Revues analytiques.

[2] Nous l'analyserons alors.

cules quadrijumeaux sont normaux. Le pédoncule cérébral gauche est plus fort que celui de droite. La fosse occipitale inférieure présente une moindre capacité surtout à gauche; le *foramen magnum* offre une grande circonférence, on est également frappé de la brièveté de la crête occipitale interne, de l'absence du sillon transverse et de la force des sillons destinés aux sinus occipitaux postérieurs dilatés, enfin, de l'étroitesse du plan incliné de Blumenbach qui descend de la selle turcique au trou occipital. — Ces pièces proviennent du cadavre d'un homme de trente-huit ans, entré à l'asile le 12 avril 1883. Les commémoratifs signalent de violentes convulsions dans l'enfance, et le peu de développement des facultés intellectuelles, qui président à l'instruction. En butte aux mauvais traitements d'un père irritable, un beau jour, à la suite d'une scène, l'enfant, âgé à cette époque de dix ans, est pris de convulsions généralisées avec perte de connaissance; dès lors, les accès d'épilepsie n'ont pas quitté le patient plus d'un mois. Dès ce moment aussi les facultés rétrogradent d'une façon très prononcée, la parole et la marche deviennent difficiles, si bien que, lorsque le malade sort de l'asile (il n'a encore que 29 ans), le diagnostic se formule par ces mots : « Démence épileptique ». L'examen révèle ce qui suit. Etat de tension tonique perpétuelle de l'appareil musculaire de la nuque; mouvements difficiles, gauches, tâtonnés, tout particulièrement dans les extrémités inférieures; il se produit pendant la marche un branlement de toutes les parties du corps les unes sur les autres, comme si elles n'étaient attachées ensemble que par des ligaments lâches, en même temps les pieds s'accrochent facilement; quand l'individu court, il manifeste un certain degré de crainte et tourne en avant le côté droit. Oscillations, même dans la station debout, pour conserver l'équilibre. Parole lente, traînée, avec des temps d'arrêt à propos de certaines syllabes ou de certaines lettres. L'état très avancé de la démence ne permet pas un examen plus complet de la parole, de la vue, de la sensibilité. Il sait son nom, celui de ses frères, connaît son lieu de naissance, fait comprendre ses besoins, ses souffrances (céphalalgie); mais c'est un ogre vorace et rageur qui, sous l'influence des émotions les plus minimes, récupère, pendant sa farouche colère, l'habileté de sa motilité. Jamais d'onanisme, pas de gâtisme : constipation opiniâtre, vomissements à l'occasion des écarts de régime. Mort de pneumonie double. Jusqu'au dernier jour, la voracité a persisté, jamais on n'a constaté de troubles oculaires, ni de paralysie, tandis que les attaques, devenues très fréquentes dans les dernières années, ont continué à s'effectuer isolément plutôt que par groupes. — L'autopsie révèle, en outre, une leptoméningite chronique avec œdème modéré du cerveau; les méninges molles, dans la région cérébelleuse, sont aussi minces qu'à l'état normal au-dessus des parties relativement nor-

males de cet organe; elles sont épaissies dans les plis et au niveau des lacunes. Les artères cérébelleuses sont manifestement plus étroites à gauche. La voûte crânienne, en somme petite, n'est nulle part épaissie. Le diploë est bien conservé. La moelle allongée et la moelle épinière susciteront d'autres détails après examen microscopique.

M. Baeumler (de Fribourg) montre des photographies d'une malade de sa clinique atteinte de *maladie de Basedow* qui présentait, au maximum de netteté, le symptôme de de Grœfe : absence du concours du mouvement du globe oculaire et de la paupière supérieure, en regardant en bas. Il semblait que ce phénomène fût produit par une contracture musculaire.

Séance du 17 juin 1883.

Présidence de M. Stark, directeur de Stéphansfeld.

M. Hitzig (de Halle), sous le titre de *Contribution à la physiologie du cerveau*, examine les fonctions de la pointe du lobe antérieur, du lobe frontal, du chien. Il rappelle ses opinions antécédentes. Jusqu'ici ses expériences tendaient à lui dénier toute faculté motrice. Mais voici qu'après lui Munk, prétendant avoir, à l'aide de courants d'induction, provoqué des convulsions, à l'aide de résections, produit des paralysies, rattache au lobe frontal l'innervation des muscles du dos, tout en lui refusant le siège de l'intelligence. Hitzig a donc repris ses recherches sur cette région; il n'entend communiquer ici qu'avec une certaine restriction les premiers résultats obtenus. D'abord l'excitation de l'écorce, telle qu'elle a été pratiquée par Munk, ne prouve rien, parce que les courants étaient trop forts. Il n'en est pas de même des mutilations; la séparation du lobe antérieur d'avec le reste du cerveau aurait engendré la paralysie de l'appareil musculaire du tronc du côté opposé, et l'animal serait devenu incapable de recourber en crochet sa colonne vertébrale de ce côté; l'opération a-t-elle été exécutée des deux côtés, la colonne vertébrale s'incurverait en dos de chat. Intégrité de la vue, de l'ouïe, de l'intelligence. Or, le contrôle d'Hitzig montre que les accidents moteurs décrits sont loin d'être aussi faciles à engendrer, aussi réguliers que le prétend Munk; s'il est des cas qui témoignent de la réalité de ces assertions, et, à cet égard, c'est bien une découverte propre à Munk, il en est d'autres où c'est en vain qu'on a séparé, qu'on a même détruit, à l'aide d'une curette, la substance cérébrale d'un côté, ou dans les deux hémisphères, les manifestations signalées ne sont pas survenues. Par contre, il est bon de remarquer qu'en ce qui concerne d'autres régions du cerveau, la plus minime intervention sur l'écorce déter-

mine des troubles manifestes des mouvements ou de la vue, alors qu'ici une lésion profonde jusqu'à l'irradiation de la substance blanche peut demeurer sans résultats, même dans les premiers jours, bien que le traumatisme ait dû certainement agir à distance. — M. Hitzig ajoute qu'il a souvent observé des troubles considérables de la vue sur l'œil opposé, des troubles de la motilité dans les extrémités, des lacunes très prononcées dans les facultés intellectuelles. Ainsi, si l'on agit sur des animaux dont les allures avant l'opération avaient été exactement étudiées, sur des chiens bien dressés, on remarque qu'à la suite d'une mutilation bilatérale, ils ont perdu cette éducation et ne réapprennent plus; tel est l'affaiblissement de leur mémoire qu'ils oublient, dès qu'ils cessent de les voir, l'existence de morceaux de viande qu'on vient de leur jeter; ils ne cherchent plus la place qui leur était destinée, pour prendre leur nourriture, etc.... — Faut-il, pour les troubles de la motilité, invoquer la participation secondaire du gyrus sigmoïde voisin ? Il y aura lieu de s'occuper de cette question plus tard. En tout cas, M. Hitzig refuse pareille interprétation pour les troubles de la vue, troubles qui cessent après plusieurs jours. L'auteur ajoute qu'il aurait beau jeu à prétendre que ce qui a été observé à cette époque n'a pas de valeur. Mais il s'en tient à ses manières de voir anciennes. Assurément ces symptômes sont passibles de critiques spéciales, mais ils fournissent de très importantes indications à qui veut se former un jugement relatif au mécanisme des opérations encéphaliques. La réalité est que, sans qu'on puisse saisir l'influence qu'un traumatisme de la pointe du cerveau antérieur doit exercer sur les lobes occipitaux (sphère visuelle), il doit exister des connexions directes entre ces deux parties de l'organe [1]. M. Hitzig adopterait la même opinion pour cette région que lorsqu'on a affaire à de grandes destructions dans le domaine du gyrus sigmoïde. Tout en se rapprochant, sur le terrain des faits, de Goltz, il n'abandonne cependant pas ses théories d'autrefois sur la localisation. A Schiff, qui a défendu l'opinion que les convulsions issues de l'excitation électrique de l'encéphale émanaient des réflexes, c'est-à-dire de l'incitation des expansions centrales des nerfs du tact, que ces convulsions devaient être confondues avec des mouvements réflexes consécutifs à une sensation tactile violente et propagée, Hitzig répond qu'il ne connaît pas de mouvements réflexes simplement originaires d'excitations tactiles, et qu'il n'a jamais observé de mouvements réflexes qui aient quelque ressemblance avec les effets de l'excitation électrique. Braun a du reste fait ressortir que l'ablation de l'écorce grise n'empêche pas les convulsions de se produire. Schiff alors a soustrait le centre

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 403 (note et texte); t. VII, p. 365 et suivantes ; t. VIII, p. 90 et autres *passim*.

réflexe à l'écorce pour le reporter ailleurs sans préciser autrement l'endroit. Les fibres centripètes conductrices des réflexes monteraient avec les cordons postérieurs de la moelle, glisseraient sous l'écorce du cerveau, s'enfonceraient encore dans les profondeurs et aborderaient le nouveau centre réflexe de Schiff; de ce centre partiraient les fibres centrifuges qui, remontant au voisinage de l'écorce, et non plus loin, gagneraient finalement les cordons postéro-latéraux. Outre que ce rendez-vous sous l'écorce est bien artificiel, il n'explique pas les troubles des mouvements après la destruction superficielle de l'écorce. Hitzig persiste donc à dire qu'il existe des centres corticaux moteurs, sensitifs et sensoriels desquels partent des fibres possédant les mêmes propriétés et que ce sont les fibres motrices qui sont excitées par le courant électrique. L'expression de champs corticaux moteurs est nette, comme la définition dont elle relève. — Munk fait du centre moteur une sphère de sensibilité. Or, c'est à Hitzig que revient l'honneur d'avoir signalé que l'animal n'avait plus de son membre paralysé une parfaite conscience, qu'il ne s'en représentait plus l'image intégrale. En résumé, l'orateur revendique la découverte des centres corticaux dont il établit l'existence sur une base encore plus solide qu'en 1870. Tous les centres signalés alors sont, de même que ceux qui ont été indiqués depuis, des points de ralliement, une intervention très profonde ou très étendue sur les rouages centraux, déchirera nécessairement quantité de connexions entre chacune des régions encéphaliques, et produira par conséquent des symptômes susceptibles d'une rapide compensation. Dans cette catégorie, il faut faire entrer les troubles visuels promptement passagers qui se manifestent lorsqu'on agit profondément sur diverses régions de l'hémisphère. Mais Hitzig combat de front les conceptions de Munk à l'égard de la nature des facultés intellectuelles élevées et de leur rapport avec le substratum matériel. Non pas qu'il pense que l'intelligence ou mieux le bagage des conceptions ne doive être cherché dans toutes les zones de l'écorce, ou plutôt de toutes les parties de l'encéphale; mais il prétend que l'abstraction rend nécessaire des organes particuliers, et, provisoirement, il s'adresse au lobe frontal. En revanche, il serait à priori tout à fait improbable que l'énorme masse de substance cérébrale qui forme le lobe frontal de l'homme soit totalement préposée à des fonctions aussi simples que les mouvements de la colonne vertébrale, et les expériences instituées jusqu'ici par l'orateur n'ont réussi qu'à le fortifier dans son doute.

M. von Mering (de Strasbourg) traite *des effets du haschisch*. Ses essais ont été faits à l'aide du cannabis indica et en particulier avec le churrus. Le churrus, c'est la résine qui s'écoule dans le nord des Indes de chanvres cultivés à 2,000 mètres d'élévation. La préparation dont il s'est servi provenait du Yarkand; il la doit

à l'obligeance du D[r] Dymock, de Bombay. Elle se présente sous la forme d'une masse compacte, brun-noir, assez molle, exhalant une odeur intense de chanvre; la saveur en est amère et résineuse. Les deux tiers de ce magma se dissolvent dans l'alcool, l'éther, l'essence de pétrole, le sulfure de carbone, l'huile d'amandes. L'insolubilité dans l'eau est absolue. Il ne contient pas d'alcaloïdes. Cette résine distillée avec l'eau dégage une faible quantité d'huile éthérée qui passe avec les vapeurs et répand une odeur intense de chanvre; mais sans exercer sur les individus d'effets spéciaux. Le résidu, c'est-à-dire ce qui ne passe pas avec les vapeurs d'eau, est constitué par une substance résineuse qui, elle, possède des effets physiologiques excessivement accentués. A faibles doses (6 à 15 centigrammes en pilules ou en solution alcoolique), elle produit chez l'homme, abstraction faite des idiosyncrasies, les phénomènes suivants, au bout de une à cinq heures. Ce sont : de la lourdeur avec engourdissement des membres; des convulsions musculaires, des secousses dans les muscles, des bourdonnements d'oreilles et de la dysacousie, un défaut de perception, une sensation de chaleur ou de froid dans la tête, des vertiges, de la photopsie, de l'obnubilation de la vue, de l'incertitude dans la démarche, de la sécheresse de la muqueuse buccale, un sentiment d'angoisse avec oppression. A ces manifestations désagréables succède la plupart du temps un stade agréable, caractérisé par une gaîté excessive (rires bruyants), une exagération de l'imagination, une profusion d'hallucinations et d'illusions (notamment de la vue) dépourvues de toute mesure, de toute proportion, qui passent et se succèdent rapidement. Jamais l'intoxiqué ne perd connaissance; il se rend même parfaitement compte que les tableaux fantastiques ne sont perçus que lorsqu'il ferme les yeux, qu'ils disparaissent quand il les ouvre, et *vice versâ*. Maints individus dorment des heures pendant ce stade. Il est bien rare que l'on observe des effets accessoires tels que céphalalgie ou vertige. Le médicament n'exerce aucune influence sur les évacuations intestinales, mais il stimule très sensiblement l'appétit. Le pouls s'accélère au début, et, pendant la période d'activité du haschisch, la pupille se dilate. Certaines personnes présentent passagèrement une rigidité musculaire très forte accompagnée de *flexibilitas cerea*. M. de Mering s'occupera de continuer ses essais; il s'inquiètera surtout de séparer au point de vue chimique le principe actif de la résine et d'instituer des expériences sur les animaux.

M. R. Berlin (de Stuttgart). *Sur la dyslexie*. Il a observé cinq fois un complexe clinique dans lequel le symptôme prédominant, le symptôme caractéristique, était un trouble de la lecture plus ou moins soudaine. Que le texte typographique soit petit, moyen ou gros, le malade, qu'il lise à haute voix ou à part soi, ne peut assembler que peu de mots; puis, l'opération ne marchant plus, il

met le livre de côté, et, après une suspension de quelques instants, il se remet à lire quelques mots comme tout à l'heure. L'analyse du patient montre qu'il ne s'agit point d'une altération de la vision ni des régions voisines, on ne constate ni douleurs oculaires, ni asthénopie, ni amblyopie, ni perturbations dans aucun des organes qui constituent l'appareil de la vue; l'examen fonctionnel et l'ophthalmoscope ne révèlent aucune anomalie. Généralement, au bout de peu de semaines, l'amélioration est assez marquée; mais toujours on note simultanément des symptômes cérébraux accentués tels que la céphalalgie et des vertiges (prodrômes), l'aphasie (2 cas), l'hémianopsie droite (1 cas), des troubles de la motilité dans la langue (2 cas), des paresthésies droites (2 cas), des hémiplagies associées (deux cas, dont un à droite), des convulsions dans les muscles de la face du côté droit (1 cas). Le premier malade succombait quelques mois après l'apparition de la difficulté de lire, à une apoplexie; un autre mourait un an plus tard d'un érysipèle de la face accompagné de fièvre modérée; un troisième était enlevé par une paralysie progressive à marche rapide. Deux vivent encore, mais ils ont été hémiplégiques. L'âge des patients composait 72, 62, 63, 43, 30 ans; il s'agissait de trois hommes et de deux femmes. L'autopsie pratiquée chez deux des morts décela: dans un premier cas, un athérôme très prononcé et très étendu de l'artère sylvienne gauche, mais la substance cérébrale ne présentait aucun résidu anatomopathologique capable d'expliquer les troubles passagers; — dans un second cas, une inflammation chronique des méninges molles au niveau de la surface entière de l'encéphale, à laquelle participait la substance grise elle-même enflammée ou atrophiée (examen microscopique de Ziegler). La soudaineté du début de la perturbation et la concomitance des symptômes cérébraux, soit dès son installation soit au cours de son développement, permettent d'en rapporter, selon toutes probabilités, la cause anatomopathologique au cerveau; c'est pour accentuer cette manière de voir que M. Berlin l'a, par analogie avec l'alexie, désignée sous le nom de dyslexie, sans élever d'autres prétentions physiologiques. Son importance diagnostique et pronostique se rattache à ce fait, qu'elle a, dans tous les cas observés, été le symptôme initial d'affections ancéphaliques graves. Où faut-il la localiser? Si l'on en juge d'après l'aphasie et d'après la prédominance des phénomènes paralytiques du côté droit, ce sont les couches corticales gauches qui devraient réceler la lésion pathogénétique. Les convulsions de la face et l'hémianopsie signalées permettent de préciser encore mieux la probabilité et de dire qu'il faut chercher entre la circonvolution de Broca, le centre du facial, le centre moteur des deux extrémités, et le centre de la vue. La lésion dériverait de l'appareil circulatoire (apoplexie, embolie), ou serait de nature inflammatoire, d'après ce qui vient d'être dit. Dans un cas

mortel, et chez un malade encore en traitement, la syphilis avait précédé l'accident; dans ce dernier fait, des onctions mercurielles entraînèrent une amélioration radicale de tous les symptômes. — L'orateur fait remarquer que Kussmaul a observé un état semblable au moment de la période de convalescence de l'alexie, tandis que les observations prises par lui concernaient un symptôme initial. Il a vu pareille chose dans l'alcoolisme chronique, dans le traitement salicylé (à hautes doses), dans certains complexus fébriles, de sorte qu'il y aurait lieu de distinguer une dyslexie toxique et une dyslexie organique. L'évolution de la dyslexie permet de concevoir qu'une altération pathologique, plus ou moins aiguë a entravé une partie du travail actif de la zone corticale gauche qui préside à la conversion psychique des symboles écrits en conceptions ou en mots; cette entrave fonctionnelle n'est pas définitive, car, avec de grands efforts, le malade parvient à récupérer, au moins passagèrement, cette faculté. C'est dire que le degré de la lésion est moindre que pour l'alexie et qu'elle n'a pas déterminé de destruction complète des régions en question. Aussi. la dyslexie s'améliore-t-elle très vite, trop vite pour que l'on puisse songer à la compensation physiologique d'autres parties de l'encéphale.

Discussion :

Elle met en lumière l'appoint de M. Jolly. Lui aussi a vu la dyslexie se montrer pendant le stade de convalescence de l'alexie. Il demande à M. Berlin si le symptôme observé par lui ne dépendait pas d'un état de faiblesse générale. Celui-ci répond que ses malades examinés à ce point de vue n'ont jamais présenté d'affaiblissement ou d'épuisement. La plupart d'entre eux étaient bien portants et vigoureux jusqu'au jour où la dyslexie survint tout à coup.

M. G. Fischer (de Canstatt), entretient le Congrès d'*une modalité toute particulière de paraparésie* observée jusqu'ici par lui dans sept cas. En l'absence de prédispositon héréditaire, en l'absence de syphilis, sans qu'il existe d'étiologie nette, il s'installe, sous la forme subaiguë ou chronique, un affaiblissement de la motilité des extrémités inférieures, avec des variétés et des alternances graduelles entre une simple diminution de la puissance musculaire et l'impossibilité complète de marcher. Nulle part de paralysies réelles, ni ataxie, ni atrophie musculaire, ni contractures. Dans quelques cas, les réflexes tendineux étaient exagérés au début de l'affection; plus tard, ils décroissaient jusqu'à disparaître chez certains malades. Dans une observation, en pressant le ventre de certains muscles, on déchaînait des réflexes marqués sur des groupes musculaires éloignés. Hyperexcitabilité mécanique des muscles dans cinq cas; un fait témoigne de la sensibilité des fibres

à la percussion. Il existe fréquemment des convulsions fibrillaires, sous forme ondulatoire, dont la genèse, aujourd'hui spontanée, pendant la période de repos, est d'autres fois provoquée, soit par un examen assez long, soit par les mouvements volontaires. L'examen électriqne révèle trois caractères communs : 1° bien qu'il ne s'effectue pas de réaction dégénérative marquée, la convulsion provoquée par le courant faradique direct ou indirect affecte une marche ondulatoire essentiellement différente des contractions fibrillaires simples et invariablement absente chez les patients guéris; 2° la répétition de l'excitation électrique décèle un épuisement de l'excitabilité, qui souvent revêt la forme de la réaction lacunaire de Benedikt; 3° d'une manière générale, l'excitabilité électrique est diminuée. Un cas offrait la forme moyenne de réaction dégénérative de Erb, A S Z se rapprochant fréquemment de K S Z. Chez deux malades, le temps de la réaction latente fut visiblement allongé. Au stade initial, légers troubles de la sensibilité ; mais jamais de perturbations objectives de cette fonction, jamais de ralentissement dans la conductibilité des impressions, jamais de points douloureux à la pression. Dans deux observations, la convalescence fut marquée par le rétablissement de la sueur des pieds qui avait disparu au début de la maladie. Intégrité de l'encéphale, des nerfs crâniens, des extrémités supérieures, des fonctions végé tatives, des organes génitaux, des sphincters. La guérison complète fut obtenue chez quatre individus, un patient fut amélioré, les deux derniers échappèrent au traitement. Malgré les analogies irréfutables de cette forme morbide avec la paralysie spinale subaiguë de Duchenne, aucun des symptômes consignés ne permet de conclure résolument à une origine médullaire de l'affection. Peut-être s'agit-il d'un mode rudimentaire ou abortif de la paralysie de Duchenne ou plutôt d'une altération périphérique (myosite)?

M. Waldeyer (de Strasbourg). *Sur la muqueuse olfactive de l'homme.* Existe-t-il, ou non, dans la région olfactive de l'homme un épithélium à cils vibratils? Tel est le problème que ce professeur s'est posé. La muqueuse d'un supplicié est venue à point lui permettre de faire des préparations très fraîches. Or, chez cet individu, la plupart des points de l'expansion du revêtement olfactif sont couverts d'épithélium à cils vibratiles bien développé. Mais il est d'autres places irrégulièrement disséminées, où les cils vibratiles paraissent faire défaut. Seulement, en redoublant d'attention, on voit que la pluralité des cellules, qu'il s'agisse de la forme svelte des cellules olfactives de M. Schultze ou des cellules épithéliales ordinaires, ont conservé, sinon quelques cils vibratiles, au moins des débris de cils. Aussi, Waldeyer incline-t-il à croire que les zones en apparence privées de cils vibratiles sont des surfaces dont la garniture de cils s'est détruite pendant les manipulations, et non des champs normale-

ment dépourvus de ces éléments. L'homme possèderait donc dans toute sa région olfactive un épithélium à cils vibratiles. La base de cet épithélium serait doublée de la membrane limitante olfactive décrite par von Brunn; elle constitue une raie sous-jacente, de sorte que, s'il demeure établi que toutes les cellules de la muqueuse olfactive ont des cils vibratiles, la membrane limitante n'aurait plus de valeur dans la question de savoir quelles sont les cellules qui se font les intermédiaires des sensations olfactives.

M. Zacher (d'Heidelberg). *Sur les allures des réflexes dans la paralysie progressive et sur les troubles de la vue qui suivent les attaques congestives.* Ce travail sera publié *in extenso*[1].

M. Mommsen (d'Heidelberg). *De l'influence de quelques médicaments sur l'excitabilité des fibres nerveuses.* Dans l'ensemble des complexus symptomatiques que l'on observe à la suite de l'administration interne des médicaments dits nervins, les modifications de l'excitabilité des fibres nerveuses périphériques ne jouent à peu près jamais aucun rôle. Mais quand l'expérimentateur se propose d'empoisonner artificiellement des nerfs vivants isolés, on observe des modifications de pareil ordre, parce qu'il est démontré que beaucoup de nervins, en application locale, produisent des changements dans l'activité des fibres nerveuses. Ces transformations peuvent apporter leur contingent à l'intelligence de l'action toxique exercée sur les appareils nerveux complexes. C'est ainsi que les nerfs traités par la *digitaline*, devenus hyperexcitables, conduisent mieux les courants électriques; une forte dose engendre un tétanos tout spécial du nerf, une manifestation analogue à la raideur observée par Boehm pour le muscle cardiaque dans l'intoxication à l'aide de la digitale. Les *essences éthérées* se contentent de stupéfier les nerfs, sans qu'on constate d'hyperexcitabilité préalable. M. Mommsen pense que les phénomènes d'excitation observés dans l'emploi clinique de ces essences (du camphre, par exemple) dépendent d'une congestion cérébrale due à la paralysie de la tunique musculeuse des vaisseaux ou des nerfs d'arrêt. L'application locale du *nitrite d'amyle* sur les nerfs exerce une action égale à celle des essences éthérées, mais la narcose déterminée par le nitrite d'amyle ne peut être aussi fréquemment réitérée, sans nuire à la durée de survie du nerf, que lorsqu'on emploie les essences éthérées.

M. Huenerfauth (de Hombourg-les-Bains). *Sur le traitement de la sciatique au moyen du massage.* Les manuels de maladies nerveuses les plus usités ne parlent pas plus que bien des mémoires sur le massage de ce mode de traitement dans les névralgies. Ou plutôt, très souvent on lui refuse toute valeur. Quoique depuis longtemps

[1] Nous l'analyserons alors.

M. Hünerfauth se fût convaincu de son efficacité dans plusieurs névralgies, il lui répugnait, en théorie, d'y avoir recours à propos de la sciatique. Il croyait que de légères frictions n'auraient pas un effet suffisant, tandis que de fortes pressions ne seraient pas supportées. Ce fut sur les instances pressantes d'un malade contraint, par une violente sciatique rhumatismale, de quitter le service militaire (il s'agissait d'un officier de trente ans), qu'il mit le massage en œuvre dans l'espèce. Or, à lui seul, ce moyen débarrassa totalement, et à jamais, le patient de ses tortures. En vain, deux ans durant, il s'était soumis méthodiquement aux courants continus et aux courants induits, en vain il avait pris 100 bains de vapeur, puis 40 bains à Wiesbaden; dans ces derniers temps même, les séances d'électrisation aggravaient les phénomènes pendant les quelques heures suivantes. Le massage fut commencé peu après la cure de Wiesbaden; une séance quotidienne d'une demi-heure et davantage le soulagea considérablement. On reprit concurremment l'électrisation par les deux espèces de courants, mais alors, le calme dû au massage, loin de persister, cédait la place à une recrudescence des douleurs. En somme, au bout de quinze jours le malade était, par le massage, complètement guéri. Il y a de cela deux ans, et l'on n'a pas noté de récidive. M. Hünerfauth rapporte encore deux autres exemples de guérison très prompte et très complète de sciatique grave par le même procédé. Il en expose la technique en pareils cas, ainsi que le traitement combiné à l'aide de l'hydrothérapie, du massage, de l'électricité; l'association de ces deux derniers modificateurs lui a, notamment en pratique, fourni maints résultats intéressants.

M. Kast (de Fribourg). *Contribution à l'albuminurie transitoire dans les états convulsifs*. Une malade de la clinique de Fribourg était en proie à des accès répétés de convulsions tétaniformes dans les deux jambes, accès durant chacun entre plusieurs jours et plusieurs semaines; en même temps, elle excrétait une abondante quantité d'albumine par l'urine. L'intensité de l'albuminurie, qui coïncidait littéralement avec le début des attaques, était presque totalement parallèle à la violence des crises; cette albuminurie disparaissait graduellement, alors que celles-ci s'épuisaient. En outre, la diurèse diminuait, l'urine concentrée contenait quelques cylindres hyalins; pas de corpuscules sanguins. Pendant deux ans, M. Kast et les médecins traitants observèrent plusieurs accès, de gravités variables, et, chaque fois, l'urine, absolument normale dans les intervalles, devint albumineuse dès que survinrent les accès convulsifs; la quantité d'albumine diminuait de masse, la dilution de l'urine augmentant, quand la convulsion rétrocédait. Il s'agissait de convulsions toniques, la plupart du temps, écloses à l'occasion d'une cause patente de refroidissement, affectant, sous la forme intermittente, les extrémités inférieures,

et de préférence, les petits muscles de la plante du pied, ou, mais à un moindre degré, les muscles du mollet ; elles atteignaient, après plusieurs heures et même plusieurs semaines, à une période d'acmé caractérisée par une rigidité tétanique complète. Intégrité absolue de la santé générale. On parvenait également, en appliquant une bande d'Esmarch au-dessus du jarret, à déterminer une flexion tétanique, d'abord de la jambe soumise à la constriction, puis des groupes musculaires homologues de l'autre jambe. La jeune fille, atteinte de cette affection, très vigoureuse et très florissante, ne présentait aucun trouble du système nerveux, et cependant, sans qu'on eût constaté de perturbation visuelle, l'ophthalmoscope révélait, au printemps de 1882 (examen de M. Manz), une névrite optique double. Puis, à la suite d'un état de mal persistant depuis plusieurs semaines, l'urine demeura albumineuse, dans l'intervalle, d'une façon continue, sans qu'il fût possible de trouver de phénomènes généraux consécutifs (ni œdème, ni hypertrophie cardiaque, etc.). Rapprochant cette observation des intéressantes communications de Kussmaul « sur le tétanos rhumatismal et les convulsions rhumatismales toniques qui entraînent dans leur évolution de l'albuminurie ». (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1871.) M. Kast explique cette association de convulsions intermittentes avec l'albuminurie par l'opinion que les deux genres d'accidents dépendraient d'une irritation spinale (névrite optique?); celle-ci, en s'aggravant sous forme d'accès, engendrerait et les convulsions tétaniformes et la contraction spasmodique de la tunique musculeuse des vaisseaux. On sait aujourd'hui que l'albuminurie peut dépendre de l'excitation des vaso-constricteurs des artères rénales et que l'ischémie opiniâtre et répétée des glomérules finit par amener une lésion persistante de la membrane du glomérule et par suite, une albuminurie continue. Telle serait la pathogénie acceptable ici. Les détails sont réservés à une autre place[1].

L'assemblée se sépare, après avoir choisi de nouveau Bade-les-Bains, comme lieu de réunion pour l'année prochaine. MM. Erb (d'Heidelberg) et Franz Fischer (de Pforzheim) sont désignés comme organisateurs du Congrès suivant. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XV, 1.) P. Kéraval.

[1] Nous les mentionnerons, s'il y a lieu.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN[1]

Séance du 9 juillet 1883. — Présidence de M. Westphal.

A la suite d'un petit discours d'adieux à la mémoire de M. Steinauer qui vient de mourir, le président donne la parole à M. Mœli qui désire soumettre quelques *préparations d'encéphale de chien et de cobaye.* La dégénérescence secondaire, qui succède constamment à l'extirpation de couches corticales dans la zone motrice, et qui se rencontre dans certains faisceaux du même côté de la moelle, quand les pertes de substance sont étendues, a fait défaut ici après l'ablation de la partie antérieure du lobe frontal. — La section de la couronne rayonnante a entraîné après elle l'altération distincte d'une partie des fibres qui vont gagner l'écorce. Ces résultats seront publiés en détail ailleurs [2].

M. Sénator procède à sa communication annoncée : *Contribution au diagnostic des lésions protubérantielles.* Ce mémoire sera publié *in extenso* [3].

Discussion :

M. Bernhardt. La localisation du foyer morbide dans la moitié gauche du pont de Varole lui semble impuissante à expliquer d'une façon satisfaisante les symptômes dûment relevés quant aux mouvements des yeux, car l'altération ne commençait qu'à l'extrémité la plus inférieure du noyau de l'oculomoteur externe et l'oculomoteur externe était, à l'examen, trouvé intact. Il aurait pu se faire, si le malade eût vécu plus longtemps, que le défaut d'activité motrice du muscle droit interne à l'occasion des mouvements de convergence se fût ultérieurement compensé, pour reparaître encore. Le critique demande ensuite si l'excitabilité électrique des deux moitiés de la langue a été examinée, et si l'étude microscopique de l'hypoglosse gauche a été effectuée.

M. Sénator pense que les fibres de l'oculomoteur externe et quelques portions du noyau de ce nerf étaient atteintes, peut-être la durée de la maladie a-t-elle été trop courte pour qu'il se soit

[1] V. *Archives de Neurologie*, t. VIII, p. 246.

[2] Nous en parlerons alors dans les Revues analytiques.

[3] Voir son analyse dans les Revues analytiques.

produit une dégénérescence visible au microscope. Le nerf hypoglosse n'a pas été examiné.

M. LANGREUTER. *Sur l'action de la paraldhéyde et de l'acétal chez les aliénés*. Huit mois de recherches ont absorbé 2,300 grammes du premier produit et 2,700 grammes du second. C'est à Dalldorf, dans toutes les formes possibles de psychopathies, qu'on a expérimenté : 460 essais chez 50 aliénés constituent la base qui a servi à spécifier les indications précises relatives à la durée du calme, de la somnolence, du sommeil qui suivaient l'administration de ces médicaments. De nombreux autres cas ont été observés *grosso modo*. La dose moyenne de paraldéhyde ingérée se chiffre par six grammes; celle d'acétal a atteint dix grammes ; le véhicule usité était l'huile d'olive additionnée de menthe poivrée. On peut, sans inconvénients, prolonger pendant des mois, l'absorption des deux remèdes. Les effets accessoires importuns se résument en un goût désagréable, en une odeur qui persiste longtemps. — La paraldéhyde a provoqué une somnolence de cinq à trente minutes dans 90 p. 100 des essais faits le soir, chez 61 p. 100 des aliénés médicamentés le jour. L'action est des plus promptes quand le calme est complet autour de l'individu. Elle est en général bien plus certaine chez les malades atteints de troubles de la connaissance. Les meilleurs résultats ont été obtenus sur les épileptiques anxieux et obnubilés, ainsi que sur les paralysés généraux agités. Les autres formes de perturbation mentale, l'insomnie nerveuse, etc., ne permettent pas de consigner de différences respectives caractéristiques. — L'acétal agit comme la paraldéhyde, mais plus faiblement, d'une manière moins sûre, ses effets accessoires sont plus désagréables; par conséquent il est à rejeter. — La paraldéhyde mérite d'être vulgarisée, surtout dans les cas où le chloral demeure inactif.

Discussion :

M. MŒLI annonce que ces résultats avec l'acétal ont encore été plus défavorables que ceux de M. Langreuter. Il n'a pas enregistré de résultats chez les maniaques, il a mieux réussi, dans les cas de délire, quand on associait, sous forme de lavements, l'acétal à la morphine (morphine, 0,01 cent. ; acétal, 6 à 8 grammes).

Séance du 12 novembre 1883. — Présidence de M. WESTPHAL.

M. DE PODLEWSKI (de Cracovie) assiste à la séance.

Avant qu'on ne passe à l'ordre du jour, M. UHTHOFF présente à la Société un garçon de dix ans atteint du 1er au 17 septembre de diphthérie pharyngée. Dès lors, paralysie du voile du palais

(parole nasonnée). A fin septembre, parésie bilatérale de l'accommodation, avec conservation de la réaction pupillaire. Du 10 au 16 octobre 1883, se développe le complexus clinique de l'*ophthalmoplégie externe complète*, aboutissant à une immobilité absolue de l'œil droit, la mobilité de l'œil gauche étant réduite au minimum dans le rayon du muscle droit externe ; blépharoptose bilatérale modérée. Conservation de la réaction pupillaire sous l'influence de la lumière; absence du phénomène du genou. En même temps, paraplégie accentuée dans les membres inférieurs, modérée sur les extrémités supérieures. Intégrité de la vessie et du rectum ; pas de troubles de la sensibilité ; pas d'ataxie, pas de troubles du sens musculaire ; conservation des réflexes crémastériens. Au bout de quatorze jours, amélioration graduelle débutant par l'accommodation, puis se faisant sentir sur les muscles externes des globes oculaires. Aujourd'hui, l'imperfection de la motilité existe complète à gauche ; le champ moteur du globe à droite est encore considérablement borné, mais en bas et en haut l'état normal est presque revenu. Acuité visuelle et accommodation parfaite, nulle anomalie à l'ophthalmoscope. On constate encore les autres perturbations du mouvement, et l'absence de phénomène du genou. Pronostic favorable. C'est, selon M. Uhthoff, le seul cas d'ophthalmoplégie externe diphthéritique qu'il importe de rapprocher du cas de Knapp (*Arch. f. Augenheilkunde*, 1879), consécutif à l'intoxication carbonique.

M. Westphal saisit cette occasion pour compléter sa communication relative à *la paralysie progressive de l'ensemble des muscles de l'œil dans ses rapports avec les affections psychiques et médullaires* [1]. Depuis lors, quatre malades ont succombé. Les pièces anatomiques ont révélé, chez quelques-uns une atrophie marquée des nerfs oculo-moteurs externes, et pathétiques et, dans un cas, l'atrophie jaune des muscles oculaires. Dans un autre enfin, l'intégrité des nerfs et des muscles contrastait avec des foyers de dégénération multiples dans l'encéphale, y compris la protubérance et la moelle allongée; il est probable qu'ici les noyaux des nerfs moteurs de l'œil étaient intéressés. En conséquence divers processus seraient la cause des manifestations cliniques.

M. Moses place sous les yeux des membres de la Société les organes, et en particulier l'encéphale et la moelle d'un *tabétique atteint, quatre mois avant sa mort, d'une hémiplégie droite consécutive à un ictus apoplectique*. L'homme en question, âgé de cinquante-neuf ans, indemne de syphilis et d'alcoolisme, était ataxique depuis longtemps. Il avait éprouvé jadis de la diplopie, des douleurs en ceinture et lancinantes. A l'époque de son admission (1879) on

[1] Voy. les *Archives de Neurologie*, Société des aliénistes allemands; Congrès de 1883. Tome VII, p. 363.

constatait simplement la démarche en fauchant, la nécessité d'un point d'appui, de la parésie, et, de temps à autre, de la paralysie vésicale, une constipation opiniâtre, des névralgies viscérales, l'absence du phénomène du genou. Nul trouble de la sensibilité, du sens musculaire. Tel fut l'état qui persistait jusqu'en juillet 1883. Il y a quatre mois, sans cause appréciable, ictus aploplectique grave ; trouble de la connaissance, paralysie faciale complète, hémiplégie droite. Vingt-quatre heures plus tard, le malade revient à lui; deux jours après, il récupère la motilité de la jambe et, sous peu, il reprend également l'usage du bras qui demeure simplement parésié comme le facial. Parole normale. Hyperesthésie de la joue droite, au-dessous de l'œil, qui persiste juqu'à la mort. Douleurs vives dans la région hypogastrique, irradiant vers l'extrémité supérieure gauche. Céphalalgie violente. Amaigrissement. Battements du cœur faibles. Etats de collapsus répétés. Issue mortelle le 10 novembre 1883. — *Autopsie.* Cœur gros. Artésiosclérose des gros vaisseaux, principalement de l'aorte; hypertrophie du ventricule gauche. Ce ventricule renferme un coagulum un peu ancien qui a refoulé fortement les trabécules du myocarde. Intégrité de tout l'endocarde; emphysème pulmonaire. Bronchite catarrhale chronique. Stase hépatique et splénique. Les reins sont normaux. Le rein gauche seul est, à la périphérie, occupé par un néoplasme du volume d'une noix, qui, enfermé dans une capsule résistante, est divisé à l'intérieur en petits compartiments à contenu jaune graisseux, et a détruit une partie de la substance corticale et médullaire de l'organe ; à la convexité de ce dernier, il forme une proéminence arrondie. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'une capsule surrénale égarée. Intégrité de la dure-mère et de la pie-mère. Les vaisseaux de la base sont scléreux, surtout les artères sylviennes. Pas de lésions dans les hémisphères, ni dans les ventricules. Le noyau lenticulaire gauche seul est le siège d'un foyer de ramollissement jaune, gros comme un pois, qui en occupe les segments externe et moyen; plus en arrière, il confine à la capsule externe. La capsule interne, la protubérance et la moelle allongée ne présentent aucune anomalie. Dans la moelle épinière on rencontre les lésions de l'ataxie locomotrice; leur origine et, dans la portion lombaire, le domaine des cordons postérieurs, a subi la dégénérescence dans son entier, elles gagnent la région dorsale (moins les fibres limitrophes externes des mêmes cordons) et se retrouvent enfin dans la moelle cervicale (exclusivement bornées aux faisceaux de Goll). — M. Moses fait remarquer que ce fait engage à ne pas généraliser indistinctement les idées de Bernhardt et Lecocq, d'après lesquelles l'hémiplégie et l'aphasie brusques et passagères, survenues au cours d'une ataxie locomotrice, se rattachent purement et simplement à l'affection de la moelle, et n'indiquent aucunement que l'encéphale

soit altéré. Or, ici, l'*attaque apoplectique soudaine, rapidement améliorée, dépendait non du tabes, mais bien de la sclérose artérielle et de la stéatose cardiaque* tout accidentelles. Le foyer de ramollissement hémorrhagique sis dans le *noyau lenticulaire* gauche explique et la genèse et l'existence des perturbations. Si le patient avait survécu, toute trace de l'ictus aurait disparu, tandis que l'ataxie aurait continué sa marche.

La discussion que cette observation comporte est ajournée.

M. Schuetz présente un *aliéné atteint d'anesthésie totale*. C'est un jeune homme de vingt-trois ans, présentant un état de débilité intellectuelle modéré, sans tare héréditaire, de par l'évolution d'affections fébriles graves (fièvre typhoïde, variole, fièvre intermittente, néphrite) à l'époque de son développement physique et psychique. Depuis un an, il est en proie à une fièvre systématique entretenue par des hallucinations (auditives et visuelles) qui provoquent des accès d'angoisse, de refus de nourriture, de tentatives de suicide. C'est un persécuté ; une société de gens le harcèlent, etc., idées d'empoisonnement. — La psychose a été précédée et en partie influencée par des troubles de la motilité et de la sensibilité. C'est ainsi que, depuis quatre ans, le patient est sujet à des *accès convulsifs* survenant à des intervalles réguliers, sans que jamais il perde connaissance. Dans les premiers temps, tout se bornait à des convulsions cloniques des muscles droits de l'abdomen ; plus tard les muscles des extrémités et du tronc participèrent à l'attaque. L'aura est constituée par de l'agitation, de l'anxiété, une céphalalgie térébrante, parfois encore par des hallucinations de la vue. Les attaques laissent l'individu terrifié, pleurard, errant, plaintif. Depuis un an, à la suite d'une analgésie limitée à certains endroits de la moitié droite du corps, il s'est développé une anesthésie, d'abord du même côté, puis de toute la surface, anesthésie portant sur tous les modes de la sensibilité, y compris le sens musculaire. En même temps, *rétrécissement concentrique* des deux champs visuels, surdité, ageusie, anosmie du côté gauche. Tout concourt à priver le malade de la notion de situation de ses membres et de son corps dans l'espace ; les yeux fermés, il demeure immobile, incapable de marcher. Seuls l'oreille droite, les lèvres, les doigts de la main droite continuent à sentir ; cette main possède aussi le sens de l'espace. L'anesthésie qui nous occupe repose sur un simple trouble fonctionnel, comme le démontrent les fluctuations qui surviennent parfois spontanément dans sa répartition, et les expériences de transfert qui ont toujours abouti, chez le malade, à un résultat positif.

Discussion :

M. Senator demande s'il existe de l'ataxie, et si l'occlusion des yeux produit le sommeil. — M. Schütz. Dès que le patient ne voit

plus, il n'exécute aucun mouvement parce que le sol lui est dérobé; il le regarde constamment pour marcher, mais il oscille. On peut, si l'on veut, qualifier même d'ataxique ce genre de progression, dans l'espèce. L'occlusion oculaire ne détermine pas le sommeil.

M. Moeli fait remarquer que la vision excentrique a disparu ici; l'application d'un bandeau sur les yeux transforme l'individu en statue assise ; il est difficile de décider si c'est là du sommeil ou une espèce d'hypnotisme ; jamais de myosis.

M. Thomson clôt la séance par la lecture de son mémoire *Sur les allures du champ visuel dans leurs rapports avec les accès d'épilepsie.* Jusqu'alors, on a considéré que l'anesthésie optique qui affecte au périmètre la forme de rétrécissement concentrique du champ visuel, et qui s'allie fréquemment à des troubles de la sensibilité cutanée et des sens spéciaux, est presque caractéristique de l'hystérie. Or, en examinant systématiquement, sous ce rapport, vingt-huit hommes et cinquante et une femmes du service des aliénés et convulsifs de la Charité de Berlin, l'auteur a trouvé que les anesthésies sensorielles se rencontrent également chez l'épileptique, qu'elles affectent avec l'attaque un rapport traduisant bien réellement une loi, mais seulement en certaines conditions déterminées. — Le champ visuel demeure tel qu'il était avant l'attaque, quand celle-ci est purement motrice, c'est-à-dire quand elle ne s'accompagne ni de trouble de connaissance, ni de dépression effective. On rencontre un rétrécissement concentrique du champ visuel, accompagné ou non de trouble de la sensibilité cutanée, des nerfs sensoriels (ouïe, goût, odorat) ou du sens musculaire, à la suite ou à propos des états que voici :

1° A la suite d'un accès d'épilepsie, lorsqu'il s'y adjoint un délire hallucinatoire ;

2° A la suite des états d'obnubilation postépileptiques (stupeur, manie épileptique, etc.) ;

3° A la suite de presque tous les équivalents de l'attaque accompagnés ou non de trouble de la connaissance (accès d'angoisse et d'oppression, terreur nocturne avec sensations spasmodiques, aura motrice et sensitive, etc.) ;

4° A propos d'états stationnaires post ou interparoxystiques qui, laissant la connaissance complètement intacte, dépriment ou excitent la sphère affective. L'humeur des malades est affaissée, leur équilibre psychique est des plus oscillants, ils se plaignent presque sans exception de toute sorte de sensations nerveuses (battements de cœur, tremblements, chaleurs passagères, bourdonnements d'oreilles, photopsies, céphalalgie et insomnie prolongées). La disparition de ces syndrômes s'accompagne de l'expansion graduelle ou rapide (dès les vingt-quatre heures ultérieures

du champ visuel qui revient à la normale. Le rétrécissement du champ visuel est toujours concentrique (ce n'est jamais de l'hémianopsie) ; il est souvent plus accentué d'un côté. Il s'associe la plupart du temps, mais non toujours, à une diminution de l'acuité visuelle. C'est à un trouble circulatoire de l'écorce du cerveau qu'il convient d'attribuer la cause de toute attaque d'épilepsie qui coïncide avec un rétrécissement concentrique du champ visuel ; le trouble circulatoire en rapport avec ce dernier n'est compensé que graduellement, tandis que les modifications de la circulation qui président à l'accès purement moteur disparaissent immédiatement après lui ; mais la coparticipation invariable des fonctions psychiques indique bien que l'écorce est en jeu. Malheureusement, il y a une contradiction topographique ; comment, en effet, relier les lésions de l'écorce c'est-à-dire de l'écorce du lobe occipital que l'on rend responsables de l'hémianopsie, aux symptômes périmétriques décrits? La clinique a parlé. L'anatomie et la physiologie pathologiques répondront plus tard. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk*, XV, 1.)

P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE

IX. *Lehrbuch der Psychiatrie für Aerzte und Studirende*; par Rudolf Arndt. (Vienne et Leipzig, 1883, Urban et Schwarzenberg, édit.)

Sous le titre de *Traité de Psychiâtrie à l'usage des médecins et des étudiants*, M. Arndt, professeur et directeur de la clinique psychiâtrique à l'université de Greifswald, a écrit un livre original. Sur les vingt chapitres dont se compose l'ouvrage, nous n'en voyons guère où il n'y ait à glaner de nombreuses notes. Aussi la tâche qui nous incombe n'est-elle pas facile, à raison des limites qui nous sont imposées. Du reste, rédigerions-nous un extrait complet des passages les plus intéressants que nous ne réussirions qu'approximativement à stéréotyper l'enchaînement des idées.

Les fonctions psychiques, dit l'auteur, émanent, comme toutes les autres, des phénomènes physico-chimiques produit par l'activité de la matière vivante. Le système nerveux tout entier collabore à la production des fonctions psychiques en un foyer unique le cerveau et son écorce, de même que les divers organes du corps viennent alimenter le système nerveux et qu'inversement celui-ci, de par ses propriétés, réagit sur tous les points de l'économie. De cette indissolubilité physiologique, résulte ce fait que la folie est toujours le symptôme d'un état organique quelconque pyré-

tique ou apyrétique, accessible ou non à nos procédés d'investigation; elle témoigne simplement qu'en dernier ressort le système nerveux est le *locus dolens* et que l'écorce, ainsi que les tractus de la masse du cerveau, sont particulièrement atteints. En second lieu, les diverses formes sous lesquelles elle se manifeste traduisent des phases dans l'anomalie de fonctionnement des conducteurs nerveux malades; pour un même individu considéré, la folie est une, chaque modalité par laquelle elle se manifeste représente une phase dans l'ensemble du processus, et chaque phase ressemble à l'une des périodes de la convulsion des nerfs mourants (réaction dégénérative, etc.).

Cette profession de foi émise, M. Arndt entre en matière. On peut diviser son ouvrage en trois parties. Dans la première, que nous appellerons *A*, il coordonne les notions les plus modernes d'histologie, d'anatomie, d'embryologie et de physiologie du système nerveux; la psychophysique y tient notamment une large place. Ces notions forment la teneur des chapitres II à IX. La seconde partie *B*, en dérive tout naturellement; après avoir pris connaissance du fonctionnement normal, nous devons aborder la pathologie générale, la séméiotique appliquée à la psychophysiologie générale; en un mot, l'analyse des troubles fonctionnels élémentaires et des symptômes ou des syndromes provoqués par les modifications morbides remplit les chapitres IX, X, XI, XII. Une troisième partie s'occupe des psychoses; elles constituent la matière du chapitre XIII; on nous permettra de la désigner sous le titre de nosographie générale et classification (*C*). Il convient, pour l'intelligence du système, d'en rapprocher, surtout à la première lecture, les chapitres XVII, XVIII, XIX; en effet, l'évolution des psychose, dont il s'agit ici, représente la clinique pure, ou du moins cette partie de la clinique sur laquelle M. Arndt base sa classification, produit de cette idée que la folie, une, se manifeste à tel ou tel âge de l'individu malade, c'est-à-dire à tel ou tel âge de la maladie des tractus nerveux, sous la forme aujourd'hui de mélancolie, plus tard de manie, etc... ; ces trois chapitres sont de la nosographie spéciale (*D*). Enfin les chatres XIV, XV, XVI, XX, passent brièvement en revue l'anatomie pathologique, le diagnostic et le pronostic, les causes et le traitement des psychoses.

A. Après avoir exposé les processus de formation de chaque organe nerveux, après avoir mis en lumière la lutte qui, à un moment donné s'établit entre l'expansion néoplasique indéfinie de la fécondation et l'ectoderme qui vient limiter le développement périphérique — d'où le modelage forcé de telles et telles cellules, — les modifications de leur mouvement propre, et par suite de leurs fonctions, — la genèse du cerveau et l'individualisation psychogénétique de l'écorce grise, l'auteur résume les relations de l'être avec le mi-

lieu extérieur. La sensation résulte de l'excitation de l'organe psychique par une incitation nerveuse ; le mouvement ondulatoire gagne la cellule de la substance grise ; cette cellule, en l'arrêtant, le transforme de diverses manières, de là les diverses sensations et les différents actes. En tout cas, la sensibilité est la source de toutes les facultés, de toutes les propriétés de l'âme des anciens auteurs. M. Arndt utilise pour le développement de sa théorie dynamique, physico-chimique, de la genèse, de l'association, des produits des éléments psychiques, les travaux de E. H. Weber, Fechner, Wundt, Pflüger, Brenner, relatifs aux valeurs limites des excitations. Les *esthésies*, pour consigner son expression, puisent leur origine dans la transmission des incitations, suivant les lois formulées par ces savants ; et c'est par cette transmission dont nous connaissons une partie des conditions, que l'organe psychique se meuble, se perfectionne, se décore, que les tractus et les connexions cellulaires fonctionnent de mieux en mieux. Les manifestations en rapport avec elles, les *ergasies* résultent, les unes des mouvements des muscles de la vie de relation, les autres des mouvements des muscles de la vie végétative ; de là, les actes volontaires ou involontaires, réflexes ou réfléchis. Ici encore, c'est la loi de convulsibilité de Pflüger, Brenner, Wundt qui est la clef de voûte physiologique et, en particulier, cette proposition qu'un même nerf, suivant qu'il est modérément ou fortement excité, augmente ou diminue les fonctions de l'organe sur lequel il agit (développement, arrêt) ; la pensée agit, la parole, participe de cette loi. Dans ces conditions, le libre arbitre est chose toute relative ; pour échapper à l'action fatale d'excitants qui nous entraînent dans une direction donnée, il nous faut avoir recours à d'autres stimulus capables de solliciter différemment l'écorce, sinon l'impulsion est irrésistible (opiniâtreté du délire). Les organes végétatifs étant soumis aux mêmes lois, l'explication de l'action du physique sur le moral et du moral sur le physique trouve une unification inattendue. Ceci établi, M. Arndt jette un coup d'œil sur les effets de l'hyperexcitabilité et de l'hypoexcitabilité du système nerveux, ici aussi on a affaire au développement des études d'électrisation sus-mentionnées, et l'on est en droit d'appliquer les notions de la réaction du nerf dégénéré (Benedikt, Brenner, Erb) à la physiologie pathologique du cerveau. Les tractus nerveux intracérébraux malades, mourants sont, en cela, comparables aux nerfs périphériques.

B. La séméiologie, en vertu de la division précédente, se trouve d'abord aux prises avec les modifications morbides de la sensibilité, avec les *dysesthésies*. Les unes portent sur les sensations ou les sentiments d'origine sensorielle pure, les autres regardent les notions de temps et d'espace ; d'autres enfin concernent les sensations ou les sentiments d'origine élevée (esthétiques, intellectuels

éthiques, idéaux) et la conscience : ce sont des hyperesthésies, des hypoesthésies, des anesthésies, des paresthésies de chacune de ces fonctions. A l'hypesthésie correspond le syndrome manie, à l'hyperesthésie correspond le syndrome mélancolie. Il va de soi que, de même que les sensations normales donnent naissance à des idées normales, les sensations anormales donneront naissance à des conceptions délirantes. Il va de soi également que, si la responsabilité n'est, à l'état physiologique que partielle, elle ne saurait jamais être complète à l'état pathologique. A ce propos, nous signalerons une contradiction. Pourquoi M. Arndt accepte-t-il la culpabilité et la pénalité comme une nécessité sociale ? — Avec les *dysergasies* qui constituent, en quelque sorte la seconde section, nous entrons dans les modifications morbides de la motilité générale ou spéciale — hyperkinésies — hypokinésies — akinésies — parakinésies — ; la manie, la fureur, la mélancolie sont ainsi résumées : le mélancolique ne peut ce qu'il veut (hypopraxie); le maniaque peut énormément (hyperpraxie), mais il n'a pas de fonds de volition. Les troubles de la parole, des mouvements organiques, de la fonction trophique, de la thermogénèse et du sommeil, nous font entrer, par un domaine purement somatique, dans la séméiologie neuropathologique ordinaire; de même que partout ailleurs, le professeur ne perd jamais de vue le terrain objectif.

C. La pathologie mentale vit au moyen de trois syndromes : la mélancolie, la manie, la stupeur. La première est issue d'une hyperesthésie psychique; en vertu de cette exagération de la sensibilité, les excitations sont arrêtées dans le domaine psychique, d'où l'hyperthymie, et, par suite, l'hypokinésie, l'hypergasie, l'hypoboulie, l'hypopraxie, l'hypophrasie, l'hypologie. La manie est précisément l'inverse. La stupeur, c'est l'anéantissement complet. Mais, si la mélancolie spécifie un arrêt ou une dépression du sens intime, si la manie désigne une exagération fonctionnelle avec exaltation de la conscience du moi, s'il existe en même temps une forme gaie et une forme triste de la manie, c'est que les expressions de manie et de mélancolie désignent simplement, à l'époque considérée, les genres de tableaux morbides dont la réunion va constituer la psychose. Or, toute psychose comprend trois stades : un stade de mélancolie initiale qui représente le mode de réaction du nerf simplement fatigué, c'est-à-dire de l'organe psychique légèrement fatigué ; puis, un stade de manie, qui forme la première période de l'épuisement mortel de l'organe psychique; enfin, un stade de mélancolie secondaire qui traduit l'épuisement paralytique plus ou moins grand du même centre, et se rapproche de la stupeur; celle-ci est totalement réalisée lorsque la paralysie est absolue. Autrement dit, toute psychose exprime le mode de réaction d'un système nerveux, et spécialement du cerveau, gêné dans sa nutrition; le mode de réaction, conforme à la loi de convulsi-

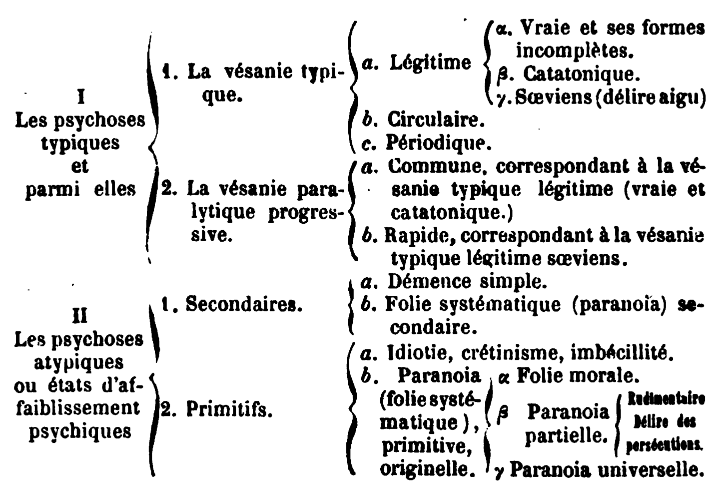
bilité du nerf en état de dystrophie, explique pourquoi l'évolution d'une psychose comporte des phases diverses, selon le degré des altérations; seulement la déchéance des tractus intracérébraux dure en certaines circonstances très longtemps (processus d'involution). Toutes les modalités de cette marche sont identiques à celles de l'évolution de la dégénérescence nerveuse périphérique.

Quand les trois stades présentent chacun un caractère net, franc, tranché, c'est la *vésanie typique* qui se trouve en cause; sinon il peut arriver que la mélancolie initiale soit le seul stade qui atteigne l'état adulte (*mélancolie simple* et ses variétés), ou que la manie domine la scène (*manie simple* et ses variétés). Si les deux premiers stades sont peu marqués ou rétrocèdent rapidement, la *mélancolie avec stupeur ou la stupeur pure* est créée. En tout cas, dans l'espèce, les trois stades se développent assez uniformément, la vésanie est typique complète; le défaut radical de l'un des stades permet d'établir les formes incomplètes, abortives. La *vésanie catatonique* est une vésanie typique dans laquelle le stade de mélancolie secondaire, prédominant, est constellé de phénomènes cataleptoïdes, tétanoïdes, extatiques. Une vésanie typique, avec phénomènes paralytiques d'ordre moteur, aboutissant à l'hypotrophie, puis à l'atrophie et à la déchéance du malade, s'appelle *vésanie paralytique progressive*; ses formes et leurs variétés sont les mêmes que dans la vésanie typique ordinaire. La question des intervalles lucides intervient parfois à son tour; elle contraint à distinguer dans la vésanie typique complète les *folies à double forme, circulaire*, etc.; dans la vésanie typique incomplète, la *folie périodique*; le même cadre peut être reporté dans la paralysie générale. Une vésanie typique complète, mortelle en quatorze jours, ou trois à quatre semaines au plus, se nomme *légitime sæviens;* c'est le délire aigu. Une vésanie typique incomplète, plus ou moins fougueuse, est une *mélancolie transitoire*, une *manie transitoire*, un *simple raptus mélancolique*, une *démence aiguë* (stupeur aiguë), ou une *démence paralytique progressive rapide*, *galopante*. A une certaine période de son développement, la phase ou l'accès envisagé peut se présenter dans un état de chronicité telle qu'il y a évidemment sous roche un trouble de nutrition avancé du système nerveux; les manifestations observées trahissent la convulsion d'un nerf tellement endommagé qu'il est incapable de réparation; mais il est encore capable de conserver un degré extrêmement vague de son ancienne excitabilité, jusqu'au jour où il déchoît sans rémission; tel est le mécanisme des affaiblissements psychiques, des troubles de l'âme secondaires, par exemple : la *folie circulaire*, la *folie systématique secondaire* et la *démence*. Ces affaiblissements psychiques peuvent, au reste, ne pas être précédés de psychoses; il suffit pour cela que la dénutrition psycho-cérébrale soit de prime abord égale à la dénutrition secondaire; tels sont la *folie systé-*

matique primitive, originelle, l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme.

Appréciation. La multiplicité des divisions et des subdivisions qui sont consignées ne laisse échapper aucune variété, aucune teinte clinique. Nous regrettons simplement que l'auteur n'ait pas construit à la fin un ou plusieurs tableaux synoptiques montrant d'emblée l'ensemble de la classification avec ses nuances originales.

D. Nous avons déjà dit que, pour se rendre compte des détails, il fallait rapprocher du chapitre XIII, les chapitres XVII, XVIII, XIX, traitant de l'évolution des psychoses. Il y est formulé que toute psychose présente, comme toute névrose, une marche chronique, que les formes transitoires ne sont que les plus fortes explosions, d'un état pathologique existant depuis longtemps, ayant passé inaperçu, qu'aucune psychose ne survient immédiatement, du jour au lendemain, sans avoir été précédée de prodromes, qui souvent échappent à l'observateur. M. Arndt étudie ensuite.



- I. Les psychoses typiques et parmi elles
  - 1. La vésanie typique.
    - *a.* Légitime
      - α. Vraie et ses formes incomplètes.
      - β. Catatonique.
      - γ. Sœviens (délire aigu)
    - *b.* Circulaire.
    - *c.* Périodique.
  - 2. La vésanie paralytique progressive.
    - *a.* Commune, correspondant à la vésanie typique légitime (vraie et catatonique.)
    - *b.* Rapide, correspondant à la vésanie typique légitime sœviens.
- II. Les psychoses atypiques ou états d'affaiblissement psychiques
  - 1. Secondaires.
    - *a.* Démence simple.
    - *b.* Folie systématique (paranoïa) secondaire.
  - 2. Primitifs.
    - *a.* Idiotie, crétinisme, imbécillité.
    - *b.* Paranoia (folie systématique), primitive, originelle.
      - α Folie morale.
      - β Paranoia partielle.
        - Rudimentaire
        - Délire des persécutions.
      - γ Paranoia universelle.

Nous ne pouvons nous étendre davantage. Les délires, les hallucinations, l'humeur des malades sont examinés soigneusement. En outre, à chaque instant, l'auteur rapproche les formes et variétés, ainsi que leurs différentes périodes, des fameuses lois de l'excitabilité physiologique et pathologique des nerfs.

E. 1° Le chapitre XV traite de l'anatomie pathologique. Nous y relevons le passage anatomo-microscopique de l'imprégnation héréditaire.

2° Le chapitre XVI concerne le diagnostic et le pronostic; il se base sur les notions cliniques esquissées avant lui (voy. *C*), jointes

aux éléments étiologiques et autres. Nous n'insistons pas plus à fond non plus que sur les chapitres XIV (causes) et XX (traitement), parce que notre longue analyse met suffisamment, selon nous, en relief le noyau du livre de M. Arndt. Est-ce à dire qu'il ne soit pas passible de critiques? Evidemment, non. Mais, tel qu'il est, il peut rendre de grands services. Quand cela ne serait qu'en forçant les néophytes à serrer de près l'observation des malades. P. Keraval.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De la folie consécutive à l'insolation; par Dony. Thèse de Paris, 1884.

Des accidents tétaniformes dans la dilatation de l'estomac; par Laprevotte. Thèse de Paris, 1884.

Des troubles trophiques de la période præataxique du tabes spécifique; par P. Portalier. Thèse de Paris, 1884.

Des paralysies dans le cours de la colique hépatique; par Bourdichon. (Ibid.)

Considérations sur la marche et sur la durée de l'ataxie locomorice; par Lucas. (Ibid.)

FAITS DIVERS

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'asile Sainte-Anne. — Les cours de la quatrième année ont commencé le vendredi, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'admission, et se continuent les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Voici le programme pour l'année 1884-85 : hygiène; administration ; pansement; petite chirurgie et applications hydrothérapiques; physiologie; anatomie; rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales; petite pharmacie. Ces cours se feront sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecin en chef, et Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne. Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de dix heures à quatre heures, à la direction de l'asile.

Laïcisation de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard. — Conformément aux vœux réitérés du conseil général de la Seine et à l'avis favorable de la commission de surveillance des asiles, à la suite d'un rapport remarquable de M. le Dr du Ménil, M. le préfet de la Seine vient de dénoncer le traité du département avec la con-

grégation des sœurs de Saint-Joseph. En conséquence, le 1er janvier 1885, elles seront remplacées par des surveillantes laïques.

NOMINATIONS. — M. le Dr CHARPENTIER, médecin-adjoint de la Salpêtrière, est nommé médecin en chef à Bicêtre. — Le concours pour la place de médecin-adjoint de la Salpêtrière vient de se terminer par la nomination de M. le Dr CH. FÉRÉ.

Arrêté du 11 août 1884.—*Mutation :* M. le Dr LAPOINTE, directeur-médecin de l'asile de Moulins, est nommé directeur-médecin de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le Dr REBERCHON, nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins.

Sont nommés, pour prendre rang à partir du 1er août 1884 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000) : MM. les Drs ROUSSEAU, DUBIAU et VIRET, directeurs-médecins des asiles d'Auxerre, Armentières (Nord) et Prémontré (Aisne).

A la 1re classe (7,000) : MM. les Drs BÉCOULET, directeur-médecin de l'asile de Dôle, et MAX SIMON, médecin en chef de l'asile de Bron (section des hommes).

A la 2e classe (6,000) : M. le Dr GIRAUD, directeur-médecin de l'asile de Fains.

A la 1re classe de leur grade (3,000) : MM. les Drs BESSIÈRE, GUYOT, NOLÉ, et KÉRAVAL, médecins-adjoints des asiles d'Evreux, Quatre-Mares, Bailleul et Vaucluse (Seine).

MENTION HONORABLE. — *L'Académie royale de médecine de Belgique* a décerné à M. le Dr TAGUET, médecin en chef de l'asile des aliénés de *Bordeaux*, une mention honorable pour son travail sur l'alcoolisme portant pour titre : *L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières*. (*Bull. Acad. de méd.*)

— Nous avons appris des journaux russes, que l'Université de Kiew (Russie) vient de célébrer, le 20-21 septembre de cette année, avec grande solennité le cinquantenaire de son existence. A cette occasion, les savants de l'étranger les plus éminents ont été nommés membres honoraires. La France a comme représentants: MM. les professeurs Charcot et Pasteur.

NÉCROLOGIE. — Les journaux politiques annoncent la mort du Dr GIRARD DE CAILLEUX, ex-inspecteur général du service des aliénés du département de la Seine, il était âgé de soixante-dix ans. On lui doit : Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques. Paris, 1841 ; — Plan et mémoire concernant les constructions projetées à l'asile d'aliénés d'Auxerre. Auxerre, 1842 ; — De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés (*Annales médico-psychologiques*. Paris, 1843, 1845, 1846, 1847, 1851, 1853, 1854, 1855, 1856); — Considérations sur le traitement des maladies mentales (*Annales médico-psychologiques*, 1844); — Compte administratif, statistique et moral sur le service des aliénés du département de l'Yonne.

Auxerre, 1846, in-8°; — Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière considérée dans ses rapports avec l'organisme, in-8° de 72 pages; — Considérations sur le programme et le plan du Dr Rottex, pour l'asile d'aliénés du département du Rhône (*Annales medico-psychologiques*, 1847, t. X); — De la construction, de l'organisation et de la direction des asiles d'aliénés (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*). Paris, 1848, t. XL, p. 5 à 78 et 241 à 306; — Mémoires, consultations et rapports sur divers objets de médecine légale (*Annales médico-psychologiques*, 1844 à 1860), *passim*; — Spécimen du budget d'un asile des aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédent équivalent de recette. Paris, 1855, 1 vol. in-4° avec tableaux; — De l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur moralité. (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1862, t. XXVII, p. 700 et suivantes); — Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales accompagnées de tableaux statistiques suivies du rapport de M. le sénateur préfet de la Seine sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière et de considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine. Paris, 1865, in-8°. — La *Gazette des hôpitaux* annonce la mort du Dr Alfred Sauze, ancien médecin de l'asile des aliénés de Marseille, à l'âge de cinquante-sept ans. — M. le Dr J.-B.-F. Dumesnil, ancien interne des hôpitaux, inspecteur général honoraire des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons, est décédé le 24 octobre, dans sa soixante-douzième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Seguin (Ed.) (In memory of). *Being remarks made bysome ofhis friends at the lay funeral service held october*. Brochure in-8° de 81 pages. New-York, 1880. Putnam's sons.

Starr (A.). — *Cortical lesions of the Brain. — A collection and analysis of the american cases of localized cerebral disease*. Brochure in-8° de 53 pages. New-York, 1884. — *The american journal of the medical sciences.*

Grasset (J.). — *Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse*. Brochure in-8° de 80 pages. Paris, 1884. Librairie A. Delahaye.

Les Asiles John Bost à Laforce (Dordogne), reconnus par l'Etat comme établissements d'utilité publique le 7 septembre 1877. Brochure in-8° de 92 pages. Bergerac, 1884. Imprimerie Blanique et Cie.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

EXPLICATION DES PLANCHES

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Coupe horizontale à un centimètre au-dessous de la face supérieure du corps calleux.

1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne, confinant aux trente millimètres antérieurs du bord externe du ventricule latéral.
2, Section transversale de ce faisceau.
3, Noyau caudé.



Imp. Becquet fr. Paris.



Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE II

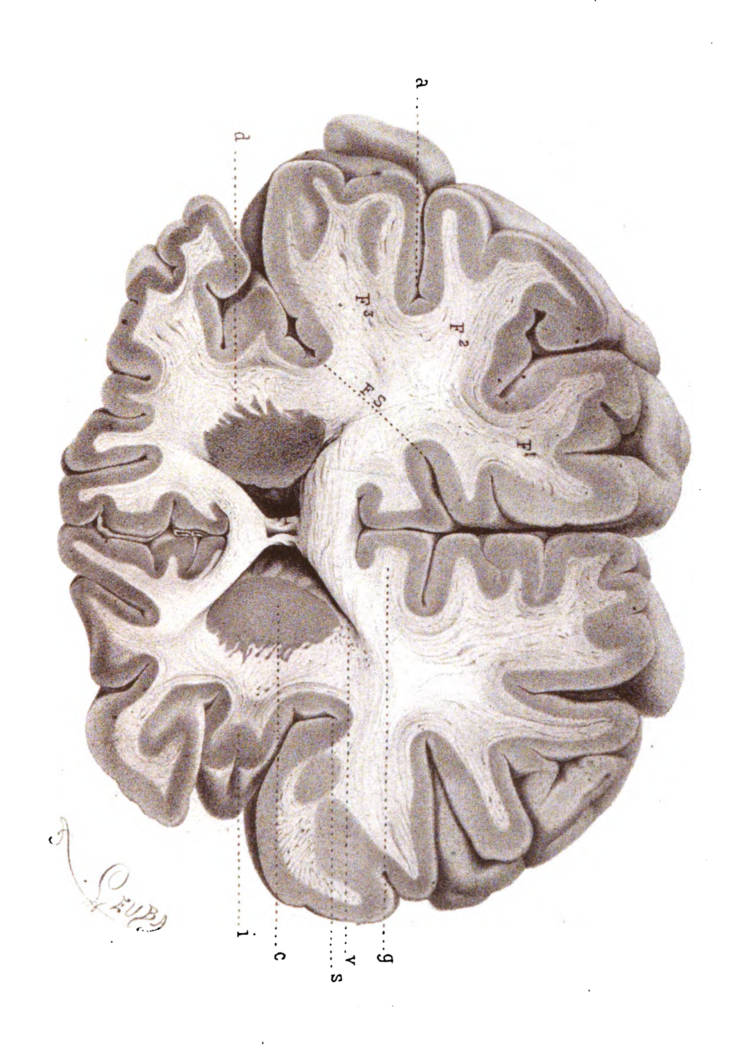
Coupe antéro-postérieure à deux centimètres en dehors de la scissure médiane.

1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne se recourbant vers le lobe orbitaire.

2, Faisceaux intra-nucléaires.

PLANCHE III

a, Fond de la deuxième scissure frontale.
F S, Ligne fornicato-sylvienne.
c, Noyau caudé.
d, Dentelures formées par l'extrémité interne des faisceaux de la capsule interne.
g, Gyrus fornicatus ou circonvolution du corps calleux.
v, Bord externe du ventricule latéral.
s, Partie supérieure de la scissure.
i, Insula de Reil.
F^1, F^2, F^3, Les trois circonvolutions frontales.



Imp. Becquet fr. Paris.



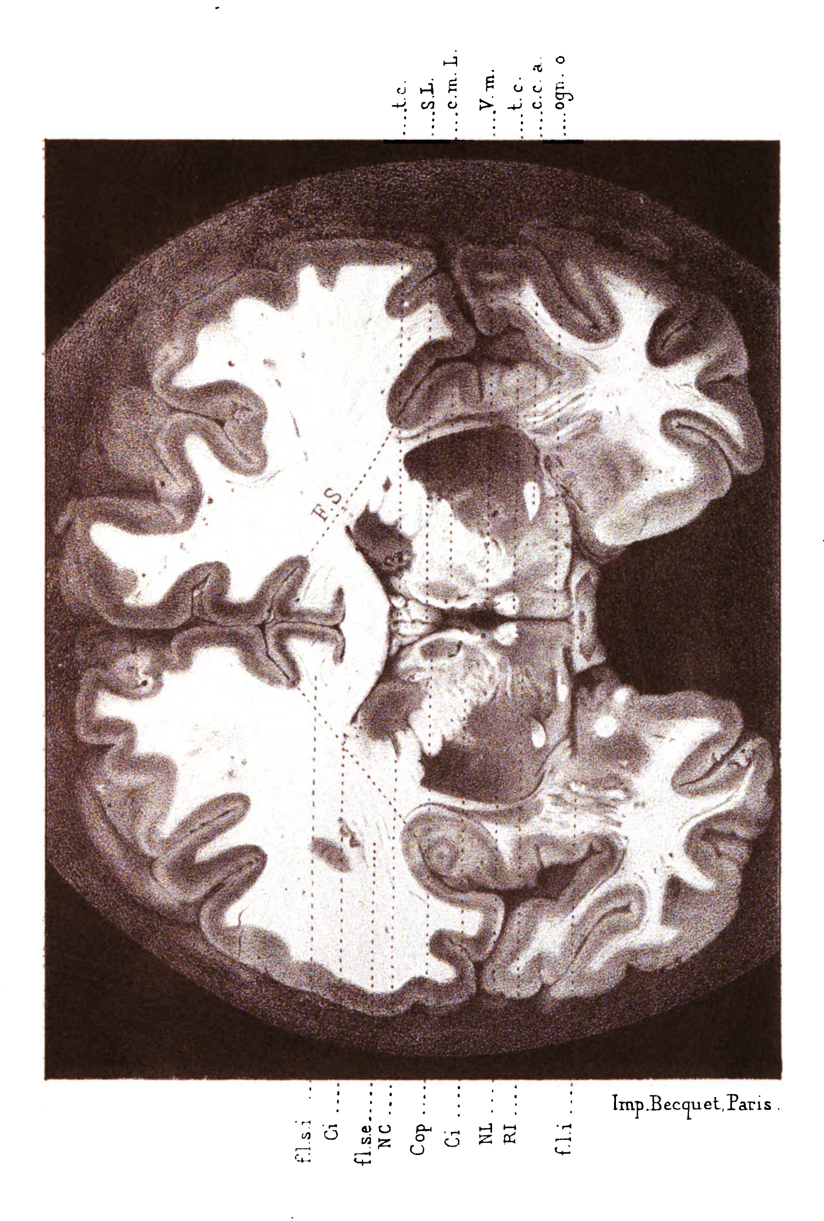
Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE IV

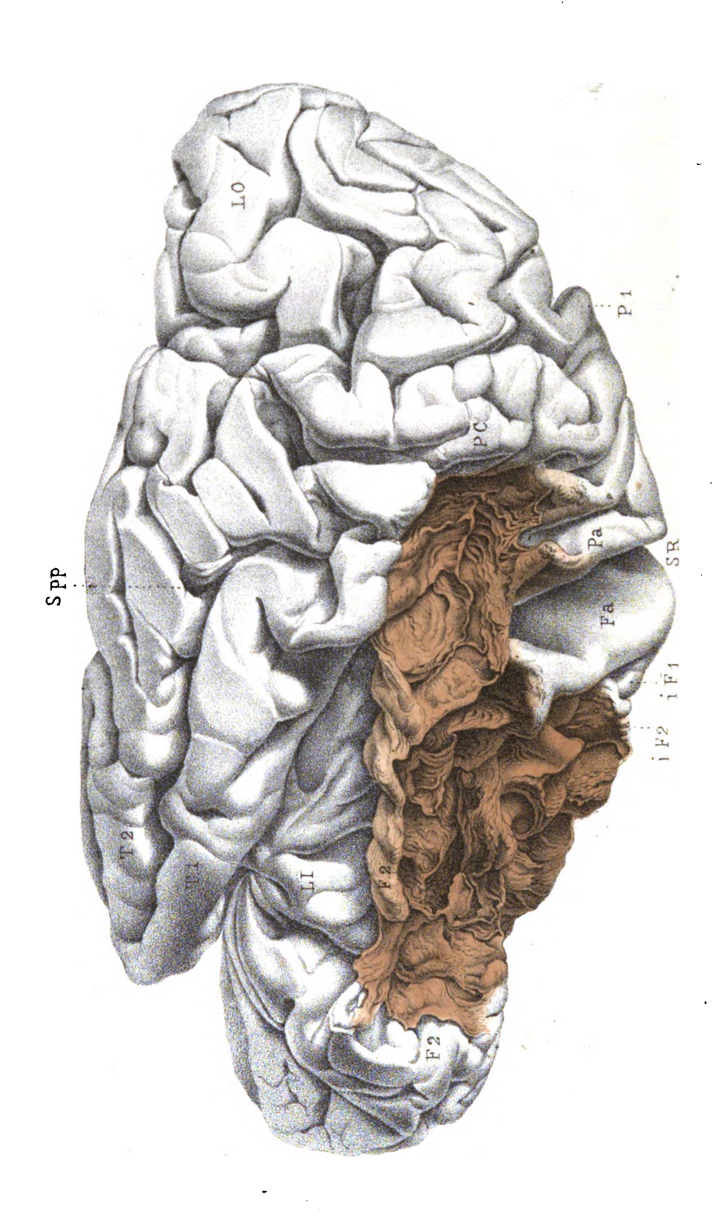
1, Irradiations extra-nucléaires de la portion frontale de la capsule interne confinant au bord externe du ventricule latéral.
2, Coude supérieur de la capsule interne.
3, Fond de la scissure précentrale.
4, Lentille.
5, Avant-mur.
F, S, Ligne fornicato-sylvienne.
***C, c, c, c.*, Circonvolution du corps calleux.**

PLANCHE V

C i, Capsule interne.
C op, Couche optique.
F S, Ligne fornicato-sylvienne.
N c, Noyau caudé.
N 4, Noyau lenticulaire.
R. 1, Racine inférieure de la couche optique.
S l, Septum lucidum.
C. c, a, Commissure cérébrale antérieure.
C m, 4, Centre moyen de Luys.
F. l. i, Faisceau longitudinal inférieur.
O. g. n. o, Origine grise des nerfs optiques.
T. c, Trigone cérébral.
V. m, Ventricule moyen.



Imp. Becquet, Paris.



Leuba lith. Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE VI

Face convexe de l'hémisphère droit; foyer ancien.

Par une erreur, qui n'a pu être réparée, de l'imprimeur lithographe, il faut lire les lettres à rebours.

F_1, F_2, F_3, Première, seconde et troisième circonvolutions frontales

i F_1, Insertion de la première circonvolution frontale.

i F_2, Insertion de la seconde circonvolution frontale.

F a, Frontale ascendante.

P a, Pariétale ascendante.

S R, Sillon de Rolando.

P_1, Pli pariétal supérieur.

P C, Pli courbe.

T_1, Première circonvolution temporale; elle envoie un pli de passage au lobule de l'insula dans le fond de la scissure de Sylvius.

T_2, Seconde circonvolution temporale.

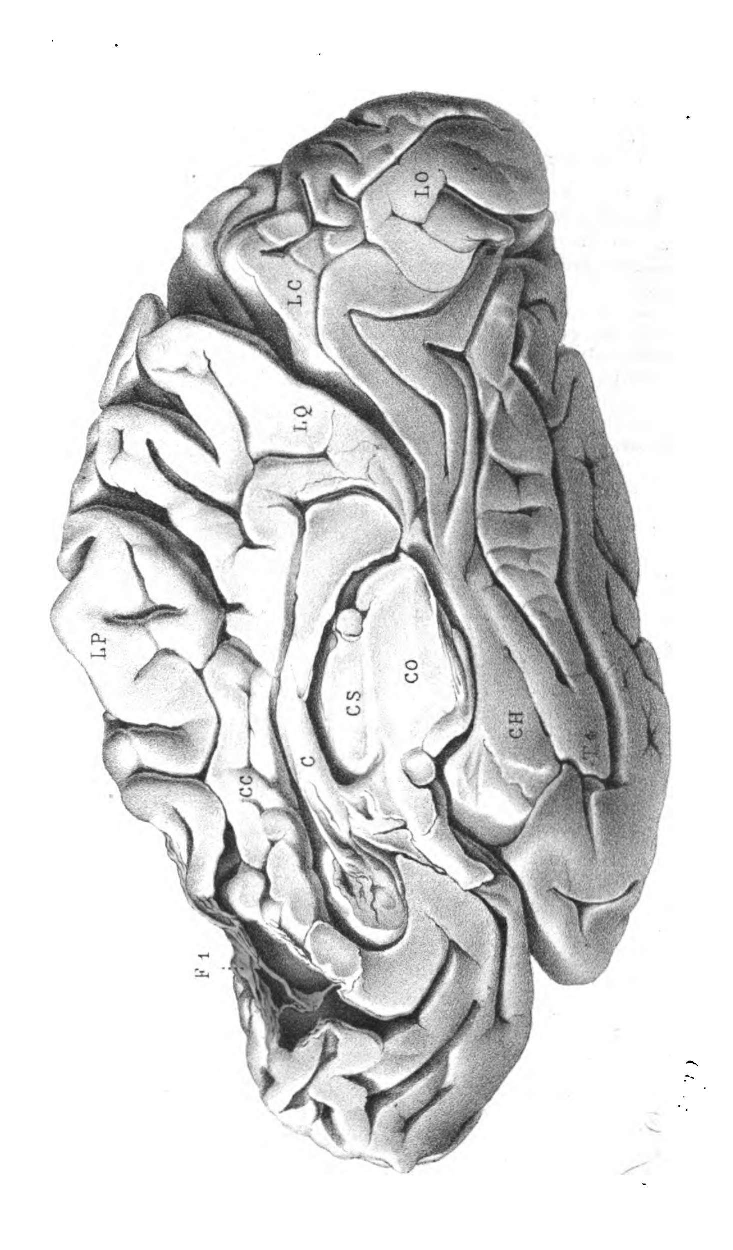
S pp, Scissure parallèle.

L c, (Il faudrait *L i*), lobule de l'insula.

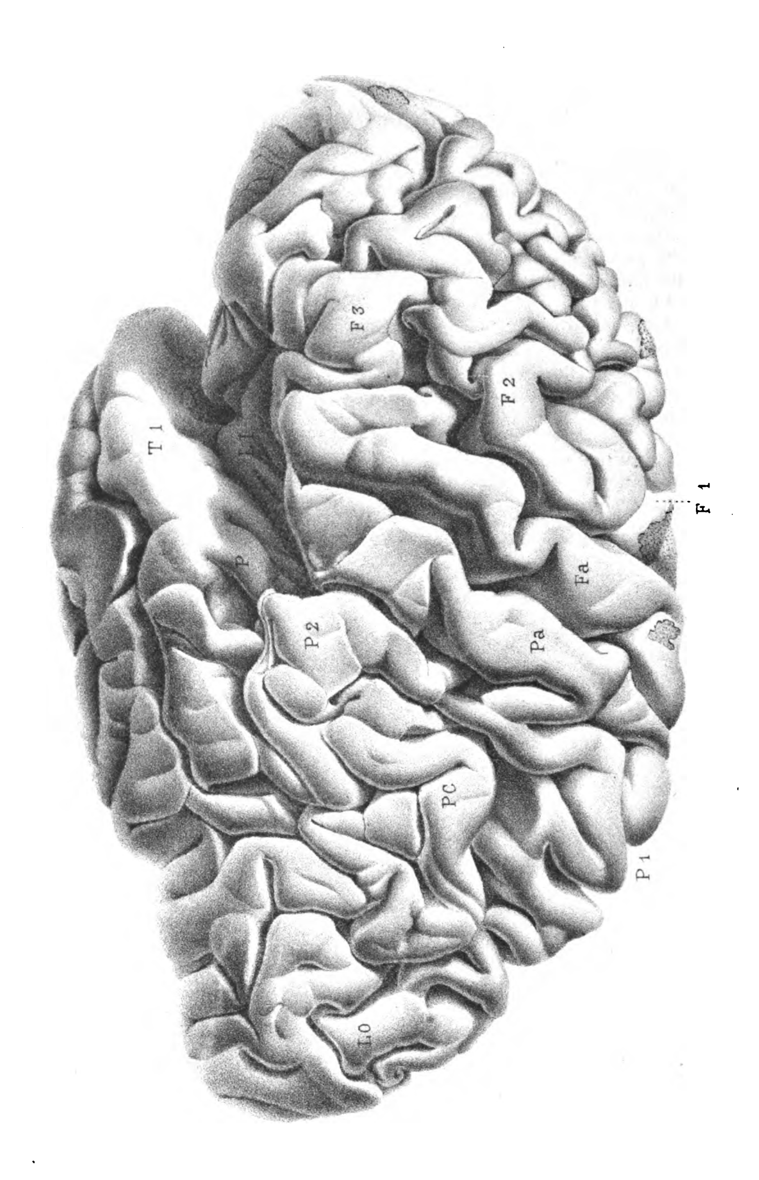
PLANCHE VII

Face interne de l'hémisphère droit; foyer ancien.

F_1, Première circonvolution frontale.
L P, Lobe paracentral.
L C, Lobe carré.
L C, Coin.
L O, Lobe occipital.
C c, Circonvolution du corps calleux.
C, Corps calleux.
C S, Corps strié.
C O, Couche optique.
C H, circonvolution de l'hippocampe.
T_4, Quatrième circonvolution temporale.



Leuba lith. Imp. Becquet fr. Paris.



Leuba lith. Imp. Becquet fr. Paris.

PLANCHE VIII

Face convexe de l'hémisphère gauche.

Même erreur d'impression.
F_1, F_2, F, Première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F a, Frontale ascendante.
P a, Pariétale ascendante.
P_1, Pli pariétal supérieur.
P, Pli pariétal inférieur.
P c, Pli courbe.
L O, Lobe occipital.
T_1, Première circonvolution temporale.
L I, Lobule de l'insula.
P, Pli de passage envoyé au lobule de l'insula par la première circonvolution temporale.

Cette planche permet de comparer la face convexe de l'hémisphère sain avec l'hémisphère malade et de se rendre compte du retentissement de la lésion sur les circonvolutions non lésées.





